

Den höga sjukfrånvaron – problem och lösningar

*Staffan Marklund, Mats Bjurvald, Christer Hogstedt,
Edward Palmer och Töres Theorell (red)*



Arbetslivsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedriver institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling.

Vi ska bidra till ett arbetsliv med goda villkor och utvecklingsmöjligheter för både kvinnor och män. I dialog med arbetslivets aktörer arbetar vi också för en hälsosam arbetsmiljö som är anpassad till människors olika fysiska och psykiska förutsättningar.

Vår forskning bedrivs inom områden som hälsa och ohälsa i arbetslivet, arbetsmarknad och sysselsättning, arbetsrätt, arbetets organisering, ergonomi och belastning, fysikaliska och kemiska hälsorisker, integration och mångfald samt utvecklingsprocesser i arbetslivet. Vi strävar efter att vår forskning ska vara mångvetenskaplig och vara till nytta för arbetslivet.

Besök gärna www.arbetslivsinstitutet.se för mer information. Här kan du läsa om aktuell forskning, prenumerera på våra nyhetsbrev, låna litteratur från vårt bibliotek, beställa böcker eller ladda hem rapporter. Du hittar också kontaktuppgifter till Arbetslivsinstitutets omkring 400 anställda och adresser till våra kontor.

© Arbetslivsinstitutet och författarna 2005

Arbetslivsinstitutet

113 91 Stockholm

Telefon 08-619 67 00, fax 08-656 30 25

Förlagstjänst 08-619 69 00, fax 0150-788 88

forlag@arbetslivsinstitutet.se

www.arbetslivsinstitutet.se

Inlaga: Eric Elgemyr

Omslag: Lena Karlsson

ISBN: 91-7045-737-9

Tryck: Lenanders Grafiska AB, Kalmar 2005

Förord

Våren 2004 redovisades en antologi som beskrev olika aspekter av den dramatiska ökningen i sjukfrånvaron 1997–2004. Behovet av fortsatt kunskapsuppbyggnad framstod då som mycket stort. SAFIR-gruppen, samverkansgruppen mellan Arbetslivsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Institutet för Psykosocial Medicin och Riksförsäkringsverket (sedan 2005–01–01 Försäkringskassan) har sedan dess arbetat vidare med nya frågeställningar och med fördjupning av de hittillsvarande. Detta arbete redovisas i föreliggande antologi. Författarna står själva för sina bedömningar. Varje kapitel har granskats av minst två sakkunniga.

De sammanlagda kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering befinner sig på en ohållbar nivå och det finns risk för att de kommer att öka ytterligare. Det finns ett fortsatt stort behov av forskning och utredning om sjukfrånvarons olika komponenter, i särskilt hög grad om hur välfärdsystemen verkar sammantaget och om vilka förebyggande och rehabiliterande åtgärder som är mest effektiva.

Våra myndigheter kommer att fortsätta samarbetet i såväl dessa som andra frågor, men det specifika SAFIR-samarbetet avslutas i och med denna rapport.

Stockholm i mars 2005

Arbetslivsinstitutet

Inger Ohlsson

Generaldirektör

Institutet för Psykosocial Medicin

Töres Theorell

Föreståndare

Försäkringskassan

Curt Malmborg

Generaldirektör

Statens folkhälsoinstitut

Gunnar Ågren

Generaldirektör

Innehåll

Förord

Sammanfattning 7

Summary 11

1. Sjukskrivning och förtidspension de närmaste åren 15
Edward Palmer
2. Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling 39
Christina Lindholm, Peeter Fredlund och Mona Backhans
3. Alkohol och sjukskrivning
– analyser på individ- och befolkningsnivå 61
Ulrika Boman, Håkan Leifman, Thor Norström och Anders Romelsjö
4. Vuxenmobbing och sjukskrivning 113
Maria Widmark, Gabriel Oxenstierna, Hugo Westerlund och Töres Theorell
5. Konflikter och sjukskrivning 141
Gabriel Oxenstierna, Maria Widmark, Hugo Westerlund och Töres Theorell
6. Coping och sjukskrivning 161
Töres Theorell, Hugo Westerlund och Gabriel Oxenstierna
7. Ohälsa i ungdomen
– sjukfrånvaro och förtidspension 30 år senare 179
Daniel Falkstedt och Tomas Hemmingsson
8. Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation 199
Anna Hertting, Inga-Lill Petterson och Kerstin Nilsson
9. Sjukflexibilitetsmodellen – utgångspunkter och resultat 227
Gun Johansson och Ingvar Lundberg
10. Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning 243
Mona Backhans, Peeter Fredlund och Christina Lindholm
11. Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen? 269
Maria Eklund, Ulrik Lidwall och Staffan Marklund

12. Vilande förtidspension 303
Joakim Söderberg
13. Lärdomar av sjukfrånvarokrisen 325
Staffan Marklund och Töres Theorell
14. Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron?
Försök till syntes 335
*Mats Bjurvald, Christer Hogstedt, Staffan Marklund, Edward Palmer
och Töres Theorell*
- Författarpresentationer 345

Sammanfattning

DENNA ANTOLOGI HAR SAMMANSTÄLLTS av en samverkansgrupp för Arbetslivsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut, Institutet för Psykosocial Medicin och Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) – förkortat SAFIR – för att sammanfatta kunskaperna om orsaker till sjukfrånvaro och för att presentera nya forskningsrön och analyser. En första antologi, *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens* (FHI-rapport 2004:15), publicerades våren 2004.

Ökningen av antalet sjukskrivningar verkar nu ha brutits, men problemen i socialförsäkringarna är inte lösta för det. Ökningen av antalet förtidspensionärer är oroande, och särskilt att det blir allt fler yngre förtidspensionärer. Under perioden 2000–04 motsvarade antalet dagar med sjukpenning och förtidspension omkring 14 procent av alla i åldrarna 20–64 år. Ytterligare cirka sex procent är arbetslösa eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. De sammanlagda statliga kostnaderna 2004 var omkring 125 miljarder kronor, motsvarande cirka 30 000 kronor per arbetande. Ökning av utgifterna för dessa försäkringar har varit ungefär dubbelt så stor som tillväxten i BNP. Den nyligen införda medfinansieringen kan komma att få positiva effekter, men det är svårt att bedöma hur stora effekterna kan bli. Mycket tyder på att det krävs radikala förändringar i arbetslivet, i arbetsmarknadens sätt att fungera och i socialförsäkringssystemen för att förhållandena ska förbättras påtagligt. Exempelen från Tyskland och Finland kan visa på alternativa och mer framgångsrika vägar att tackla dessa för samhället så bekymmersamma förhållanden.

En genomgång av omfattande data kring sambandet mellan hälsa och sjukfrånvaro visar att befolkningens förändrade hälsotillstånd bara delvis kan förklara ökningen i sjukfrånvaro. En ökande andel anställda uppger trötthet på grund av arbetet och särskilt markant är detta bland anställda i sektorer med kraftigt ökad sjukfrånvaro. Analysen förstärker också uppfattningen att det blivit allt svårare att arbeta kvar om man drabbas av hälsoproblem och nedsatt arbetsförmåga.

Nya analyser om alkohol och sjukfrånvaro visar ett U-format samband. Såväl storkonsumenter som nykterister har högre risker för att bli sjukskrivna än måttlighetskonsumenter, ett mönster som är vanligt även för andra ohälsoindikatorer. Vidare visas att ökad total alkoholkonsumtion i

samhället leder till ökad sjukskrivning. En ökning med en liter ren alkohol ökar sjukfrånvaron för männen med 13 procent.

Människors sätt att hantera konflikter och svårigheter i arbetet, så kallad förmåga till coping, påverkar tydligt risken för sjukskrivning. Var tredje arbetstagare har under ett år varit indragen i någon slags konflikt, knappt nio procent av både män och kvinnor har varit utsatta för mobbning. Mobbningsoffer har generellt längre sjukskrivningar än andra och kvinnor som är indragna i konflikter likaså. Däremot gäller detta inte för män i konflikt, vilket kan bero på att de i större utsträckning tillämpar så kallad öppen coping. Det innebär att de oftare tar tag i själva konflikten.

Hälsoproblem i ungdomen har också visat sig påverka risken för sjukskrivning och förtidspension många år senare. Låg självskattad hälsa vid mönstringen predicerar ökad risk för män att bli sjukskrivna eller förtidspensionerade 30 år senare, främst betingat av indikationer på psykisk ohälsa i ungdomen.

Fortsatta analyser av två kliniker vid ett stort sjukhus visar att faktorer som känsla av sammanhang, begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet kan sägas fungera som buffertar mot en brett utbredd förändringsstress i arbetslivet.

Sjukskrivning kan beskrivas som en process som börjar med individens bedömning av sin egen (o)hälsa i förhållande till arbetets krav och där den bedömningen färgas av både krav och incitament till såväl närvaro som frånvaro. En modell för detta, sjukflexibilitetsmodellen, presenteras här.

Sjukfrånvaro har också tydliga negativa konsekvenser. Det finns klara samband mellan sjukskrivningars längd och låg anknytning till arbetsmarknaden, risk för att hamna i ekonomisk kris respektive risk för försämrade sociala relationer, till exempel att bli ensamstående. Riskerna är särskilt markanta för sjukskrivna på grund av psykisk sjukdom.

En genomgång av kunskapsområdet arbetslivsinriktad rehabilitering visar en verksamhet med stora svårigheter och många problem. Det finns stora behov av förtydliganden av regelverk och tillämpning med avseende på rollfördelning, målsättning och ambitionsnivå. En grundläggande förutsättning för bättre resultat är att arbetsliv och arbetsmarknad utvecklar större förmåga och beredvillighet att ta emot personer med större eller mindre begränsningar i arbetsförmågan.

Vilande förtidspension är en reform som infördes år 2000 och som mött överraskande lågt intresse. Endast cirka en procent av förtidspensionärerna

har någon gång deltagit i systemet. Men för dem som deltagit har resultaten varit positiva på så sätt att 30 procent ”släppt” sin förtidspension helt och många av de övriga har ersättning på en lägre nivå.

Forskningen om det pussel av komplexa relationer som sjukfrånvaron utgör har gått klart framåt. Men det kommer troligen att ta lång tid innan man kan skönja ett mer systematiskt och kumulativt språng i utvecklingen, som inte bara specificerar vad sjukfrånvaro beror på utan också med vetenskaplig säkerhet kan peka ut preventiva och andra åtgärder för att hålla den på en rimlig nivå. Framförallt finns det en akut brist på studier som visar hur man kan följa upp och utvärdera hur olika åtgärder fungerar.

Förklaringar till den höga sjukfrånvaron – försök till syntes

Avslutningsvis har redaktörerna sammanfattat de redovisade kunskaperna om orsaker till den höga sjukfrånvaron och presenterar dessa som huvud- och bidragande orsaker.

Huvudorsaker

- Det ökade förändringstrycket i arbetslivet har lett till lägre tolerans för olikheter i prestation. Detta i kombination med arbetstagarnas upplevelse av ökade krav och mindre handlingsutrymme i arbetet och låg rörlighet på arbetsmarknaden ökar riskerna för stressrelaterade besvär.
- Den åldrande arbetskraften.
- Sjukskriven i stället för arbetslös. Minskningen i arbetslöshetssiffrorna under mitten 1990-talet, som delvis var en följd av betydande politiskt tryck från regeringen, döljer det faktum att de arbetslösa står för en hög andel av sjukskrivningen. Vidare skulle många långtidssjukskrivna egentligen behöva byta arbete för att komma vidare i yrkeslivet och borde därför snarare klassificeras som arbetssökande arbetslösa.
- Tillkortakommanden inom administrationen av sjukpennings- och sjukersättningssystemen.

Bidragande orsaker

- Belastningar i privatlivet och livspusslet. Attityderna till samhället och dess system har förändrats bland allmänheten i en riktning som bidrar till ökad sjukskrivning.
- Ökande alkoholkonsumtion och ökad övervikt är oroande, men förklarar tillsammans med rökning enbart en del av den höga sjukfrånvaron.

- Mer restriktivt förtidspensionssystem 1997 ”stoppade upp” övergången från långtidssjukskrivning till förtidspension.
- Beteendeanpassningar; ökad tendens att individen använder sjukskrivning i stället för att ta ut föräldraledig eller vara arbetslös.
- Mindre konstruktiva coping-mönster kan ”låsa in” arbetstagare i sjukskrivning i stället för att de söker annat arbete, Det har blivit ”allt tystare” på arbetsplatserna.
- Ökat ”produktionstryck” på läkare kan ha gjort att läkarkåren ”inte orkat stå emot” ökade anspråk på att få ett sjukintyg i samma utsträckning som tidigare.
- Företagshälsovårdens ”nedrustning” då den miste statsbidraget 1993.
- Förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare har sammantaget troligen varit för små för att ha haft någon avgörande betydelse på ökningen av sjukfrånvaron under perioden. Däremot påverkar ersättningsnivåerna sjukskrivningsbenägenheten generellt.

Summary

This anthology has been compiled by a working group from the National Institute of Working Life, the National Institute of Public Health, the Institute of Psychosocial Medicine and the Insurance Office (formerly National Social Insurance Board) – known as SAFIR for short – in order to perform an inventory of existing knowledge about the causes of sickness absence and to present new research findings and analyses. An earlier anthology, entitled *The High Incidence of Sickness Absence – Facts and Consequences*, was published in the spring of 2004.

It appears as if the increase in the number of people on sick leave has today been curbed, but this does not mean that the problems of the social insurance system have been solved. The increase in the number of people on disability pension is troublesome, especially the fact that those on disability pension are getting younger and younger. During the period of 2000–04, the number of days when people either received sickness benefit or were on disability pension was equivalent to approximately 14 per cent of all those in the 20–64 age group. An additional six per cent, approximately, are presently unemployed or in labour market policy programmes. In 2004, the total cost to the state was roughly 125 billion Swedish crowns, the equivalent of about 30 000 Swedish crowns per working person. The increase in the costs of these insurance programs has been roughly twice the growth of GNP. The recently introduced co-financing can be shown to have positive effects, but evaluating how large these effects will be is difficult. There are many indications that radical changes in working life, in labour market performance and in the social insurance system are needed for conditions to improve in any substantial way. The examples of Germany and Finland show alternative and more successful ways of tackling these very alarming problems in society.

A survey of comprehensive data on the connection between health and sickness absence demonstrates that changes in the population's state of health can only partially explain the increase in sickness absence. An increasing share of employees report fatigue resulting from work and this is especially prominent among employees in sectors experiencing increases in sickness absence. Our analysis also confirms the perception that it has be-

come much more difficult to stay in work when one suffers from health problems and reduced work ability.

New analyses on alcohol and sickness absence demonstrate a U-formed association. Both large alcohol consumers and total abstainers are more likely to be on sick leave than moderate alcohol consumers. This pattern is common for other indicators of poor health as well. Furthermore, there is evidence that increases in the overall alcohol consumption in society lead to increases in sick leave. An increase of one litre of pure alcohol leads to a 13 per cent increase of sick leave for men.

The ability of individuals to deal with conflicts and difficulties at work, so-called coping ability, has a distinctive effect on the probability of taking sick leave. One third of employees have been involved in some kind of conflict during one single year and nearly nine per cent of both women and men have been the target of victimization. In general, people who are targets of victimization take longer sick leaves than others. This also holds for women involved in conflicts, but not for men involved in conflicts. The reason for this may be that men more often engage in so-called “open coping,” meaning that they more often deal with the conflict in itself.

Health problems in childhood and adolescence have also been shown to have an effect on the probability of taking sick leave and early retirement much later on in life. For men, low levels of self-estimated health at enlistment are associated with higher probability of being on sick leave or early retirement 30 years later in life, conditioned especially by indications of mental ill health in childhood and adolescence.

Further analyses in two clinical departments at a large hospital demonstrate that factors such as sense of coherence, intelligibility, meaningfulness and manageability can be said to act as a cushion against a widely extended sense that changes in working life put individuals under stress.

Sick leave can be described as a process beginning with the individual's assessment of his or her own (poor) health in relation to work requirements, with this the assessment being influenced by both demands and incentives concerning attendance as well as absence. We present a model for this below—the sickness flexibility model.

Absence due to sickness also has distinctly negative consequences. There is a clear connection between the duration of sick leave and limited participation in the labour market, risk of financial difficulties and worsened social

relations (for example, becoming single). These risks are especially pronounced in cases of sick leave due to mental illness.

A survey of existing knowledge about work-oriented rehabilitation shows a programme facing big difficulties and many problems. There is a great need for clarification of rules and regulations concerning the distribution of roles, the objectives and the level of ambition. A basic prerequisite for better results is a greater ability and willingness to integrate individuals with varying degrees of limitations of working ability into working life and the labour market.

Dormant disability pension is a reform that was introduced in 2000 and has received surprisingly little interest. Only about one per cent of the people on disability pension have at some time participated in the system. For those who have participated, the results have been positive in the sense that 30 per cent entirely “let go” of their disability pension and a large share of the others got lower benefits.

The research on the puzzle of the complex relations that constitute sickness absence has clearly moved forward. However, it will probably take a long time until we can see a more systematic and cumulative developmental leap, one that not only itemizes the factors that determine sickness absence but also points out preventive measures with scientific certainty, in order to maintain sickness absence at a reasonable level. Above all, there is an acute lack of studies demonstrating how to follow up and evaluate the performance of different measures.

Explanations of the high incidence of sickness absence – an attempt at synthesis

Main causes

- The increased pressure of change in working life has resulted in a lower tolerance towards differences in work performance. Combined with employee experience of increased demands and less scope of action in work as well as low labour market mobility, this increases the risks of stress-related strains.
- The ageing population.
- Sick leave instead of unemployment. The reduction in unemployment figures in the mid-1990s, in part due to significant political pressure from the government, conceal the fact that the unemployed answer for a

high percentage of sick leave. Furthermore, many of those on long-term sick leave would actually have to take a new job in order to pursue working life and ought therefore be classified as unemployed job applicants.

- Shortcomings in the administration of the sickness insurance system.

Contributing causes

- Strains of personal life – the puzzle of life. There has been a change in people's attitudes towards society and its system that contributes to increases in sick leave.
- Increases in alcohol consumption and increased overweight are troublesome, but together with smoking they explain only a portion of the high incidence of sickness absence.
- The more restrictive system of disability pension of 1997 “arrested” the transition from long-term sick leave to early retirement.
- Behavioural adaptations; an increased tendency for the individual to use sick leave instead of taking out parental leave or being unemployed.
- Less constructive coping patterns that can “lock up” employees in sick leave instead of searching new jobs. Nowadays, it is “more quiet” in the workplaces.
- Increased “pressure on production” for physicians may have led to the medical profession “not being able to withstand” increased demands for getting a doctor's certificate to the same extent as earlier.
- The “dismantling” of industrial health service as it lost its Government grant in 1993.
- Taken together, changes in economic incentives for the individual and employer have probably been too small to have any decisive effect on the increase in sickness absence during this period. In general, on the other hand, the level of benefits exerts an influence on the inclination to take sick leave.

KAPITEL I

Sjukskrivning och förtidspension de närmaste åren

I.

Sjukskrivning och förtidspension de närmaste åren

Edward Palmer

EN STOR ANDEL AV BEFOLKNINGEN i åldrarna 20–64 är frånvarande från sin arbetsplats med sjukpenning eller har hamnat helt utanför med förtidspension (numera sjukersättning). Om de ersatta dagarna läggs ihop till ”helårsarbetare” framkommer att omkring 14 procent av befolkningen i åldrarna 20–64 år var hemma med ersättning en given dag under åren 2000–04 (SOU 2002:5, s 312). Ytterligare omkring sex procent av befolkningen i denna åldersgrupp är registrerade som arbetslösa eller deltar i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. I själva verket är det troligt att den höga sjukskrivningen i Sverige döljer ännu högre arbetslöshetstal. Bland annat består cirka 20 procent av samtliga sjukskrivningskostnader av sjukpenningutbetalningar till arbetslösa, enligt Försäkringskassans statistik över sjukskrivning. Därutöver finns personer som är sjukskrivna, men skulle kunna arbeta om de hade en annan arbetssituation eller ett annat jobb.

Utvecklingen av sjukskrivning och förtidspensionering är en av de viktigaste frågorna på den politiska dagordningen i Sverige. En viss sjukfrånvaro och förtidspensionering kommer alltid att finnas. Människor drabbas av sjukdomar och skador och ersättningen från sjukförsäkringen är till för att täcka inkomstförlusten om dessa reducerar arbetsförmågan. Det är viktigt att det finns försäkringar som täcker inkomstbortfallet vid sjukdom. Dessa försäkringar ger en välfärdsvinst i den bemärkelsen att mångas välfärd skulle vara mycket sämre utan dem. Om sjukförsäkringssystemen (sjukpenning och förtidspension) används i ett för brett syfte kan det vara svårt att behålla en ersättningsnivå som människor anser rimlig och behöver, när de inte kan arbeta på grund av sjukdom eller skada.

Det finns ett numera stort antal studier av orsakerna bakom sjukskrivning och förtidspension i Sverige, och även i andra länder, dock har forskningsintresset varit störst i de länder där sjukfrånvaron har varit hög – framförallt i Nederländerna, Norge och Sverige. I nästa avsnitt redogörs

för utvecklingen i dessa länder och övriga EU. Vad som framgår av forskningsresultaten är att demografiska och socioekonomiska faktorer, arbetsmiljö och försäkringssystemens utformning alla är viktiga faktorer (se exempelvis Palmer 2004 för en översikt med referenser). Men det är sannolikt att det höga antalet ersatta dagar i Sverige också har att göra med faktorer som forskningen hittills bara har börjat beröra, nämligen strukturella faktorer, exempelvis strukturer kring arbetet, men också strukturer kring könsordningen i det svenska samhället.

Forskarna har dessutom börjat fokusera mer och mer på kulturella förklaringar till sjukskrivning och förtidspensionering. Den bakomliggande hypotesen är att många individer använder sjukförsäkringssystemen som en allmän lösning på vardagens försörjningsbehov. Sjukskrivning kan lätt bli ett sätt att hantera en mängd problem som bör hanteras med andra medel, andra aktiviteter, annat beteende. Det kan lätt bli så att – alla aktörer – följer en strukturell ordning som gradvis legitimerar en glidning ifrån försäkringens grundsyfte. Risker är att individer, arbetsgivare, läkare, försäkringsadministrationen och politiker i ökande utsträckning ser sjukförsäkringen som ett allmänt system för försörjning i stället för arbete när en rad olika familje-, sociala och arbetsmarknadsproblem uppstår. Nya forskningsresultat av Lindbeck och medarbetare (2004) samt Frykman och Hansson (2005) tyder på att det finns lokala kulturer i landet där detta redan är ett problem.

Sett i ett samhällsperspektiv ger det höga antalet arbetsdagar som samhället går miste om till följd av sjukfrånvaro och förtidspensionering en sämre välfärdsnivå för många individer. Det vill säga de vars arbetsförmåga skulle kunna användas under andra omständigheter. Enligt RFE-hälsundersökningen, som genomfördes av Riksförsäkringsverket under år 2002 med en uppföljning 2003, uppger 58 procent av de sjukskrivna att de skulle kunna arbeta delvis eller helt under annorlunda omständigheter (Eklund & Ossowicki 2005). Anledningarna till att de inte gör det är varierande, men dessa uppgifter tyder på en betydande strukturell stelhet i den svenska arbetsmarknadens förmåga att skapa utrymme för personer som under någon period i sitt liv har problem med sin hälsa men ändå skulle kunna arbeta om "arbetslivet" var mer tillåtande.

Utvecklingen av förhållanden i den rapporterade psykosociala arbetsmiljön tycks, enligt SCB:s ULF-undersökning samt upprepade arbetsmiljöundersökningar sedan början av 1990-talet, ha försämrats de senaste 15

åren. Framförallt upplever människor i ökande utsträckning att de har stora krav på sig men för låg kontroll över sin arbetssituation. Detta kan skapa psykologiska stressreaktioner och i värsta fallet leda till långvarig sjukskrivning med risk för utslagning från arbetskraften med förtidspension. Problemet är strukturellt i den meningen att slimmade arbetsprocesser sannolikt ligger bakom utvecklingen.

Statistiken visar också att den offentliga sektorn och i synnerhet kvinnor inom den offentliga sektorn står för en oproportionellt stor del av sjukfrånvaron (Lidwall 2003). Detta tyder också på att strukturella problem ligger bakom den höga sjukfrånvaron. En ny rapport argumenterar för att kvinnors höga sjukfrånvaro också kan vara ett resultat av de könsstrukturer som råder i samhället (*Socialförsäkringsboken* 2004). Det vill säga uppfattningar som att mannen fortfarande förknippas med arbetslivet och kvinnan med livet hemma kan delvis ligga bakom kvinnornas högre sjukfrånvaro.

En nyckelfaktor till den relativt låga sjukfrånvaron i Finland och Tyskland kan vara att man i dessa länder har en försäkringsadministration som tydligare fungerar på ett skadereglerande och preventivt sätt. Indirekt kan detta tolkas så att det passiva försäkringssystemet i Sverige är en av orsakerna till att sjukfrånvaron är så hög inom den offentliga sektorn. Försäkringsadministrationen har mer eller mindre tillåtit ett utfall som är dåligt för såväl individerna som sjukskrivs som för de organisationer där de arbetar. Inga krav har ställts på förändringar, förrän regeringen införde systemet med medfinansiering av arbetsgivaren från 1 januari 2005, vilket diskuteras i sista avsnittet nedan.

Forskningsläget kring sjukskrivningssystemet belystes i den första SAFIR-volymen (Palmer 2004). Här diskuteras om det finns något som tyder på att situationen har förändrats under den korta tid som gått sedan dess och den fortsatta utvecklingen, framför allt ur ett försäkringsperspektiv.

Redan inledningsvis kan sägas att det mesta tyder på att utvecklingen kommer att fortsätta på samma långsiktiga bana som den har följt under de senaste två decennierna, trots en viss förbättring i riksstatistiken vad gäller antalet ersatta dagar i sjukförsäkringen (se Försäkringskassans webbplats). Ännu viktigare är frågan om det finns anledning att tro på en varaktig förbättring de närmaste åren, dels mot bakgrund av vad som är känt om orsakerna till utvecklingen hittills, dels med hänsyn till möjliga strukturella förändringar. I detta sammanhang förs i det sista avsnittet av detta kapitel ett teoretiskt resonemang – grundat i nationalekonomisk teori – kring vad som

i förväg kan sägas om utfallet av den nya lagstiftningen om arbetsgivarnas medfinansiering. Naturligtvis är det omöjligt att skaffa empiriskt belägg för de tänkbara utfallen innan tillräcklig tid har gått för att kunna undersöka effekterna. Emellertid är det viktigt att identifiera och diskutera de tänkbara effekterna för att få en uppfattning om möjliga utfall sett ur ett teoretiskt perspektiv.

Kostnaden för sjukskrivning och förtidspensionering – en översiktlig tillbakablick

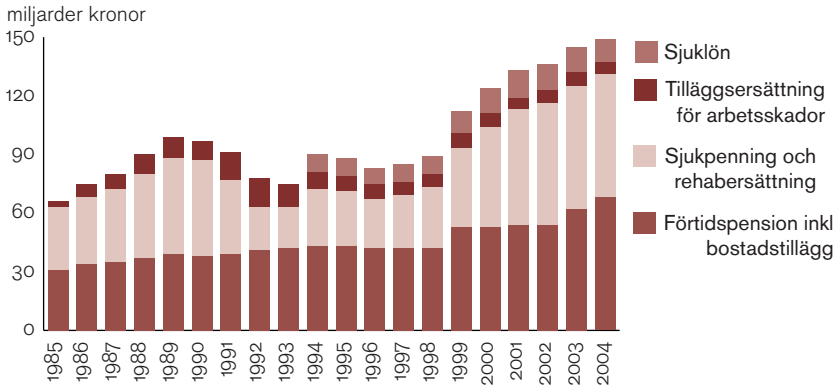
Figur 1.1 visar kostnadsutvecklingen för ersatta dagar med sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspensionering (inklusive kostnaden för bostadstillägg till förtidspensionärer) samt en grov uppskattning av kostnaden för ersättning under sjuklöneperioden sedan den infördes 1992.¹ Ökningen under andra hälften av 1990-talet liknar utvecklingen under andra hälften av 1980-talet, men denna gång utan en nedgång under lågkonjunkturperioden från 2003. Sjukfrånvaron började minska men till stor utsträckning till följd av en överföring av längre fall till förtidspension (numera sjukersättning eller aktivitetserättning).

Utvecklingen av kostnaderna dämpades något i början av 1990-talet som en konsekvens av att sjukpenningen sänktes från 90 till 65 procent för de första tre dagarna och till 80 procent för dag 4 till 90. Från mars 1992 har arbetsgivarna betalat en sjuklön under två (ibland tre) veckor. Figur 1.1 innehåller en grov uppskattning av arbetsgivarnas utgifter för ersättning under denna sjukfrånvaroperiod.²

Socialförsäkringens del av den totala kostnaden, det vill säga de totala kostnaderna minus kostnaden för sjuklöneperioden, uppgick år 2004 till i runda tal 125 miljarder kronor. Tillväxttakten i utgifterna i fasta priser för

1. Observera att den stora ökningen mellan åren 1998 och 1999 förklaras av att pengar avsätts sedan 1999 för ålderspensionsrätter för ersatta dagar med sjukpenning och förtidspension. Från och med 1999 innebär ett nettotillskott av ersatta dagar med sjukpenning eller förtidspension att förutom en direkt kostnad för ersättningarna förekommer även en ökning i utgifter som betalas till ålderspensionssystemet.

2. Sjuklöneperioden var 28 dagar från januari 1997 till och med slutet av mars 1998. Från 1 juli 2003 förändrades återigen sjuklöneperioden, denna gång till 21 dagar.



Figur 1.1. Totala kostnader för ohälsöförsäkringen, 2002 års priser. Källa: Data från Riksförsäkringsverket.

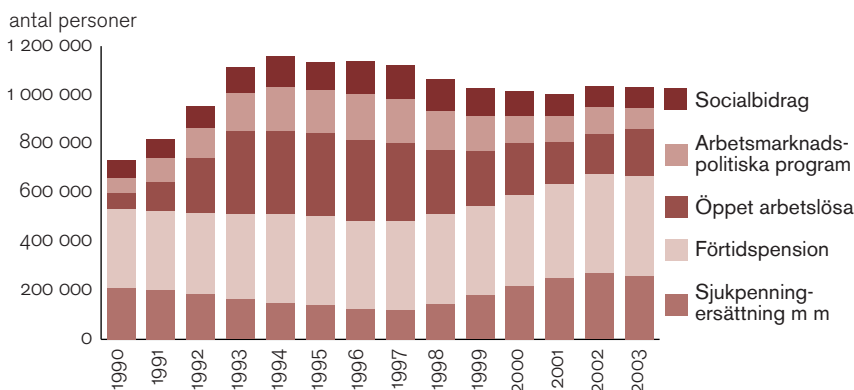
dess försäkringar var strax under fyra procent per år, det vill säga utgifterna växte ungefär dubbelt så fort som tillväxten i BNP. På det sätt har vad som för cirka tjugo år sedan hade kunnat betraktas som "rimliga" kostnader kommit att ta en stor del av landets tillväxt i anspråk. Siffrorna talar ett tydligt språk och visar att alldeles för många individer har marginaliserats från arbetsmarknaden, i många fall där alternativet hade kunnat vara arbete, kanske med mindre anspråk på arbetsprestationen, eller kanske med en rimligt bra prestation i ett annat yrke än det yrke de är sjukskrivna från eller lämnat.

Med omkring fyra miljoner personer i arbetskraften (närmare 4,3 inklusive arbetslösa och personer i arbetsmarknadspolitiska åtgärder) innebär denna kostnadsnivå att den yrkesverksamma delen av befolkningen betalar drygt 30 000 kronor per person för dessa utbetalningar. I själva verket är den totala kostnaden minst tio procent högre, eftersom de flesta som är sjukskrivna eller förtidspensionerade också får en tilläggsersättning från en avtalsförsäkring. Dessa förhållanden diskuterades också i SAFIR:s första volym (Palmer 2004).

Under perioden 2002–04 minskade antalet ersatta dagar med sjukpenning som följd av en minskning av inflödet av nya sjukfall som pågick längre än sjuklöneperioden. Ohälsotalet (antalet utbetalda heldagar från sjukförsäkringssystemen per person 16–64 år i befolkningen) minskade från 43,2 till 42,5 dagar från december 2003 till december 2004, men är fortfarande

betydligt högre än det var så sent som 2001, då det låg på 40,7 dagar. Denna, trots allt mycket svaga nedgång överensstämmer väl med den historiska bilden av utvecklingen i Sverige. Nedgången i dagar som noteras 2004 ska kanske snarare ses som en typisk avmattning i samband med en sämre arbetsmarknadssituation. Det konjunkturrella mönstret framgår av figur 1.1, som visar kostnader istället för dagar med ersättning. Vad som är oroväckande här är den fortsatta ökningen år 2002–04 av *de sammanlagda kostnaderna* för sjukskrivning och förtidspensionering, under en period med lågkonjunktur. De historiska erfarenheterna talar för att utvecklingen borde ha vänt neråt.

Det förefaller också som det samlade antalet personer som försörjs av olika socialpolitiska program ligger på en mycket hög nivå. Figur 1.2, som baseras på statistik från SCB, visar utvecklingen sedan 1990 av antalet personer, uttryckt i antal helårsarbetare, som har fått ersättning från de huvudsakliga inkomststödssystemen i Sverige – socialbidrag, arbetsmarknadsprogram, arbetslöshetsersättning, sjukpenningersättning och förtidspension. Det framgår att antalet personer som ersätts från något av systemen ökade dramatiskt från nästan 750 000 till nästan 1,2 miljoner personer från 1990 till 1994. Mest oroväckande är att antalet är tillbaka på denna höga nivå, trots en svag nedgång under de senaste åren av högkonjunktur. Antalet personer som hamnat helt utanför arbetsmarknaden med förtidspension har



Figur 1.2. Antalet personer – uttryckt i termer av helårsarbetare – med ersättning från socialbidrag, arbetsmarknadsprogram, arbetslöshetsersättning, sjukpenningersättning och förtidspension. Källa. SCB och Ingemar Svensson, Försäkringskassans huvudkontor.

ökat från cirka 300 000 till cirka 450 000, räknat som helårsekvivalenter. Detta är en ökning med cirka 50 procent. Samtidigt ligger nivån på antalet arbetslösa, inklusive personer i arbetsmarknadsåtgärder betydligt högre år 2003 jämfört med år 1990. Den välkända motkonjunkturrella utvecklingen av sjukfrånvaron framgår också av figuren. Det typiska mönstret för sjukfrånvaron är att den är låg samtidigt som arbetslösheten är hög, och tvärtom.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att kostnaden för sjukpenning och förtidspensionering har ökat trendmässigt under de senaste två decennierna trots en svacka under lågkonjunkturen i början av 1990-talet. Antalet personer inom samtliga de svenska stödsystemen ökade kraftigt av början av 1990-talet och har hållit sig kvar på en hög nivå sedan dess. Högkonjunkturen efter mitten av 1990-talet har enbart marginellt påverkat antalet personer med inkomststöd från de offentliga systemen. Mot bakgrund av den sammanlagda utvecklingen finns stor anledning att se allvarligt på utvecklingen av sjukpenning och förtidspensionssystemen. Framförallt på grund av att förtidspension är en väg ut ur arbetslivet som använts i ökande grad, särskilt under de senaste åren.

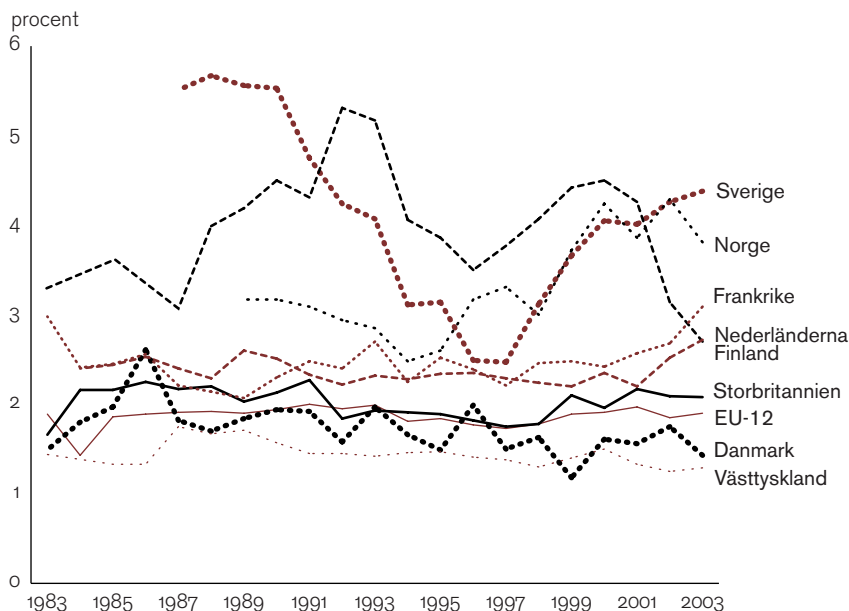
Svensk sjukfrånvaro sett i ett brett perspektiv

Sjukfrånvaro är första länken i en kedja som i många fall kan sluta i förtidspensionering. De höga kostnaderna för förtidspensionering har sitt ursprung i en hög sjukfrånvaro. Vore det så att sjukfrånvaron var "normal" i Sverige sett i ett internationellt perspektiv skulle man kanske ha större förståelse för den trendmässiga ökningen. Då skulle utvecklingen i Sverige kunna sägas återspegla en allmän trend i, exempelvis, Europa. I verkligheten är det emellertid tvärtom. Detta framgår tydligt av en rapport till ESO där olika länder jämförs (Nyman m fl 2002) och som diskuterades ingående i den förra SAFIR-volymen (Palmer 2004). Uppgifterna har sedan dess uppdaterats och redovisas också här som en bakgrund till den diskussion som kommer att föras nedan.

Sjukfrånvaron bland anställda i Sverige ligger högst i Europa år 2003 (figur 1.3), då arbetskraftsundersökningen visar att cirka 4,5 procent av de anställda uppger att de vid tillfället för intervjun har avstått helt från arbete under minst fem dagar under en mätvecka på grund av sjukdom eller skada. I arbetskraftsundersökningarna betraktas de deltidssjuktagna dessutom som arbetande, inte som sjukfrånvarande, vilket innebär att det verkliga svenska utfallet är betydligt *högre* än vad som visas i figuren. Det kan på-

pekas att Sverige är ensamt om att använda sig av deltidssjukskrivning. Samtidigt bör det också nämnas att Sverige är ensamt om att inte ha en bortre parentes för sjukskrivningsperioden. Detta gör att det finns en "stock" av sjukskrivna i Sverige vid ett visst AKU-måttillfälle som i andra länder hade varit utanför. Detta ger ett högre mättekniskt utfall för Sverige. Möjligen tar dessa två mättekniska effekter av hur deltidssjuka räknas och den högre förvärvsfrekvensen bland sjukskrivna ut varandra.

Även om deltidssjukskrivning inte är en förklaring till Sveriges internationellt sett höga sjukfrånvaroutfall är den en viktig förklaring till den stora skillnaden i sjukfrånvaron mellan män och kvinnor i Sverige. Från omkring 1983 började längden på kvinnornas sjukfall som pågått 30 dagar eller mer överstiga männens. Skillnaden har kvarstått under åren därefter. Ekonometriska skattningar i Andrén och Palmer (2004), som sammanfattas i Palmer (2004), visar att när hänsyn tas till deltidssjukskrivning som en särskild förklaringsfaktor för sjukfallslängder kvarstår inte någon signifikant



Figur 1.3. Sjukfrånvaron i EU länderna. Källa. Bergendorff m fl (2002) med kompletteringar för 2002 och 2003.

könsskillnad i sjukskrivningslängd. Deltidssjukskrivning är sålunda synnerligen intressant för att förstå sjukskrivningsmönstret i Sverige men är av ingen hjälp i en jämförelse av Sverige med andra länder – när AKU-statistiken används för att mäta sjukfrånvaron.

Varför är svensk sjukfrånvaro så mycket högre än i alla EU-länder utom Nederländerna (och Norge)? Såväl forskningen i Sverige som den offentliga debatten har fokuserat på arbetsmiljön. Det är viktigt att komma ihåg att i slutet på 1980-talet var politikerna lika bekymrade över att sjukfrånvaron steg oavbrutet under konjunkturuppgången 1983–1990 som de har varit under uppgången från slutet av 1990-talet. Fokus på arbetsmiljön daterar sig åtminstone till 1980-talet, som avslutades med en omfattande kartläggning av arbetsmiljön och en rapport från Arbetsmiljökommisionen. Under början av 1990-talet fick Sverige en mycket långtgående lagstiftning om arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön. Mycket talar för att den fysiska arbetsmiljön förbättrades avsevärt, i takt med tekniska framsteg inom tillverkningsindustrin.

Arbetsmiljöverkets och scb:s arbetsmiljöundersökningar visar en gradvis försämring av ett antal psykosociala faktorer under senare delen av 1990-talet, vilket ger ett visst stöd för hypotesen att arbetsmiljön är en av orsakerna till ökningen i sjukskrivningen under perioden. Motsvarande mätningar finns inte för 1980-talet, vilket omöjliggör en direkt jämförelse. SCB:S ULF-undersökningar visar dock på en snarlik bild. Det finns också ett stort antal studier av orsakerna bakom sjukskrivning som bland annat antyder att i synnerhet den psykosociala arbetsmiljön har ett signifikant samband med sjukskrivningen (se exempelvis översikten i Palmer 2004; Theorell m fl 2004; Wikman 2004).

Det finns skillnader i utfallet av mätningar av arbetsmiljö i olika länder, enligt de mätningar som gjorts under 1990-talet (se till exempel Paoli 1997; Paoli & Merllié 2001), men det är inte så att Nederländerna, Norge och Sverige har den i särklass sämsta arbetsmiljön och Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland den i särklass bästa. Det finns inte heller något som tyder på att olikheterna mellan länderna beror på uttalade skillnader i hälsa eller hälso- och sjukvård. Skillnaden mellan å ena sidan Sverige, Nederländerna och Norge och å andra sidan Danmark, Finland, Frankrike, Storbritannien och Tyskland kan bero på avgörande skillnader i industristruktur, ledarskaps- och organisationskulturer, samt på hur de olika välfärdssystemen samverkar. Tyvärr saknas det mått på dessa faktorer.

Figur 1.3 visar att den höga och stigande sjukfrånvaron bland anställda inte är något nytt fenomen. Därmed är det svårt att koppla uppgången från slutet av 1990-talet direkt till en försämring i arbetsmiljön. Möjligen kan det finnas strukturella förklaringar till den trendmässiga uppgången – exempelvis hänvisas ofta i den allmänna debatten till ett högre arbetstempo, slimmade organisationer, nedskärningar, omfattande omorganisationer inom den offentliga sektorn med mera, Theorell och medarbetare (2004) behandlar detta.

Konjunkturmönstret i utvecklingen tycks emellertid ha mer att göra med att människor drar sig för att vara sjukskrivna under sämre tider men oftare blir sjukskrivna under bättre tider – en sorts disciplinerings effekt, vilket diskuterades ingående i Palmer (2004). Det finns också en svag tendens till att marginell (mindre produktiv, framförallt äldre) arbetskraft mönstras ut ur arbetskraften och in i förtidspensionssystemet under sämre tider. Hemmingsson (2004) visar att denna effekt är mycket svagare än vad man tidigare trott.

Arbetskraftens ålderssammansättning spelar en roll i en internationell jämförelse. Arbetskraften är äldre i Sverige än i de flesta jämförbara länder och kvinnors deltagande i arbetskraften är högre. I samtliga EU-länder visar arbetskraftsundersökningarna att sjukfrånvaron bland de anställda stiger med åldern och i alla länder utom Tyskland är kvinnornas sjukfrånvaro högre än männens. En allmän slutsats i ESO-studien (Nyman m fl 2002) är dock att skillnaden mellan sjukfrånvaron bland anställda i Sverige och övriga Europa enbart till en mindre del kan förklaras av demografiska och arbetsmarknadsfaktorer.

Svenska kvinnors sjukfrånvaro är dessutom högre inom den offentliga sektorn än inom den privata (Bergendorff m fl 2002) och detta faktum i sig skulle kunna antyda att det är kommuner och landsting som utmärker sig negativt i detta sammanhang. I så fall skulle detta kunna hänga ihop med organisations- och ledningsstrukturer inom den offentliga sektorn som ökar frånvaron men det kan också hänga samman med arbetsuppgifternas karaktär och andra specifika arbetsförhållanden. De svenska männens sjukfrånvaro ligger enbart något över nivån för männens sjukfrånvaro i andra europeiska länder (Bergendorff m fl 2002; Palmer 2004).

Olika forskningsresultat visar att ekonomiska incitament spelar en roll för människors sjukskrivningsbeteende. Skillnader i ersättningsregler kan förklara en del av skillnaderna mellan länder. Flera svenska studier visar att

förändringar i främst förekomsten av karensdagar men också ersättningsnivån spelar en roll (Andrén 2001; Henrekson m fl 1992; Henrekson & Persson 2004; Lantto & Lindblom 1987). Hur mycket individen förlorar vid sjukskrivning spelar också en roll för sjukfrånvaron enligt några studier (Johansson & Brännäs 1998, Johansson & Palme 2002). Enligt deras resultat kan en liten ekonomisk förlust för individen leda till högre sjukfrånvaro – allt annat lika. Enligt Johansson och Palmes studie (2002) är en förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro i Sverige att de gör en mindre ekonomisk förlust än män när de är sjukskrivna. I ett hushåll med två inkomsttagare är den ekonomiska förlusten för familjeenheten ännu mindre kännbar. De direkta ekonomiska skälen för att avbryta en sjukskrivning är då obetydliga. Ett flertal andra studier har undersökt närliggande aspekter på hur systemets utformning påverkar sjukskrivningsbeteendet (exempelvis Bäckman 1998; Larsson 2002; Rikner 2002; Skogman Thoursie 1999).

Jämfört med Nederländerna, Norge och Sverige är ersättningsgraden lägre i Frankrike och Storbritannien,³ vilket skulle kunna bidra till att förklara varför sjukfrånvaron är lägre i de sist nämnda länderna. Å andra sidan är ersättningsgraden hög i Tyskland och ändå har Tyskland den lägsta sjukfrånvaron (Bergendorff & Larheden 2003). Finland har också en hög ersättningsgrad – 100 procent under de första en till två månaderna och sedan 70 procent, vilket ligger under Sveriges nivå. Trots den höga ersättningsgraden – men kanske på grund av den lägre ersättningsnivån efter en längre period – har man en mycket lägre sjukfrånvaro bland anställda än i Sverige. Dessutom motsvarar de finländska kvinnornas arbetskraftsdeltagande i stort sett Sveriges, med en hög andel offentligt anställda kvinnor. Det är anmärkningsvärt i detta sammanhang att sjukfrånvaron bland kvinnor inom den offentliga sektorn är 70 procent högre (i genomsnitt) i Sverige än i Finland (Nyman m fl 2002). I själva verket har finska kvinnor inom den offentliga sektorn ungefär samma sjukfrånvaro som svenska män inom den privata.

Vilken roll spelar försäkringsadministrationens utformning?

Bergendorff och Larheden (2003) har analyserat sjukförsäkringssystemens funktionssätt i fyra av de länder som ingick i Eso-studien – Finland, Nederländerna, Sverige och Tyskland. De drar slutsatsen att vad som markant

3. Trots att sjukfrånvaron bland anställda är betydligt lägre i Storbritannien än i Sverige har ökande långtidssjukskrivningar blivit ett problem också där.

skiljer Nederländerna och Sverige, med en hög nivå på sjukfrånvaron bland de anställda, från Finland och Tyskland, med en låg nivå, är en mer effektiv utformning av organisationen kring sjukförsäkringen i de senare länderna.

I Finland och Tyskland sker en "skadereglering" i början på fallet. I Finland måste exempelvis den anställda vanligen anmäla sig som sjuk till arbetsgivarens företagshälsovård redan första dagen. Detta ger en möjlighet att bedöma i vilken utsträckning problemet har uppstått på grund av förhållanden i arbetet; förhållanden i den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön som skulle kunna åtgärdas. Fallen kan sedan slussas till olika medicinska specialister. I Tyskland arbetar också försäkringsadministrationen nära arbetsplatsen. Detta gör det möjligt att även bidra med sammanställningar av sjukfrånvarostatistik – vilket utgör ett underlag för en fördjupad analys av orsakerna till sjukfrånvaron och en diskussion på ett arbetsställe eller avdelning där sjukskrivningen är relativt hög. Med andra ord arbetar försäkringsorganisationen även preventivt och hälsofrämjande i Tyskland och i Finland.

Till skillnad från i Finland och Tyskland finns i Sverige ingen nära koppling mellan den sjukskrivande läkaren och försäkringen. I Nederländerna krävs inget läkarintyg alls, och trots att företagshälsovården finns och ska finansieras av arbetsgivarna försöker arbetsgivarna minimera sina kostnader för denna verksamhet. Sålunda är det inte förekomsten av företagshälsovården i sig utan den nära kopplingen till försäkringen, som "grindvakt" för att hålla ner onödiga kostnader, som gör en skillnad. Vare sig i Nederländerna eller Sverige sker en systematisk insamling och utnyttjande av statistik kring sjukfrånvaro med hänsyn till arbetsställe, sjukskrivande läkare eller ansvarig handläggare på Försäkringskassan.

I Nederländerna är det arbetsgivaren som själv svarar för försäkringen vilket i det närmaste omöjliggör en systematisk insamling och användning av statistik kring sjukfall. Inte heller var sjuklöneperioden på ett år till någon större hjälp om man bedömer resultatet utifrån den höga nivån på Nederländernas sjukfrånvaro. Sjuklöneperioden förlängdes till och med till två år från och med 2004. Bergendorff och Larheden (2003) drar slutsatsen att den låga sjukfrånvaron på arbetsplatser i Finland och Tyskland är en följd av den välfungerande försäkringsorganisationen. Det finns en i det närmaste fullständigt integrerad koppling mellan arbetsgivaren och den sjukskrivande läkaren i Finland, liksom mellan försäkringsgivaren och arbetsgivaren. Det är ju försäkringsgivaren i Tyskland som också admini-

strerar hälso- och sjukvården och individen ringer där till en sjukskrivande läkare under de allra första dagarna av sjukfallet. Forskarna betonar också betydelsen av riktlinjer för sjukskrivning och av bedömning av arbetsförmåga på basis av en noggrann granskning av läkarintyg.

Ekonomiska incitament spelar sålunda en viktig roll för omfattningen av sjukskrivningen och det är troligt att Sveriges höga sjukfrånvaro bland anställda jämfört med länder med lägre ersättning (till exempel Storbritannien och Frankrike) bland annat beror på mer generösa ersättningsregler i Sverige. Däremot har Tyskland och Finland också generösa ersättningsgrader och trots det har de en låg nivå på sjukfrånvaron. Skillnaden gentemot dessa länder kan till en stor del bero på att försäkringen där i större grad fungerar som en *skadereglerande, förebyggande samt hälsofrämjande försäkring*, det vill säga att det är försäkringsmässiga egenskaper som utgör skillnaden i utfallet. Sverige, liksom Nederländerna och Norge, har generösa ersättningsregler, men långt ifrån samma kontrollmekanismer, skadereglering och prevention inbyggd i administrationen av försäkringen.

Sammanfattningsvis talar det mesta för att såväl ersättningsgrader som skadereglering och prevention spelar en roll för försäkringsutfallet. Privatisering av sjukförsäkringen i form av att införa en sjuklöneperiod, med Nederländerna som ett bra exempel, tycks inte leda till lägre sjukfrånvaro. I stället förefaller arbetsgivare mer eller mindre acceptera kostnadsutfallet genom att återförsäkra sig för att skydda sig mot extrema utfall. Samtidigt bedömer många experter att en hälsorelaterad selektering av arbetskraften vid nyanställning har blivit vanligare i Nederländerna i samband med att sjuklöneperioden förlängts (Bergendorff & Larheden 2003).

Avslutningsvis bör det påpekas att såväl Finland som Tyskland har haft höga arbetslöshetstal och att det är troligt att ett resultat av en stramare skadereglering är att flera personer måste konfronteras med det faktum att de borde byta jobb för att få ett mer tillfredsställande liv. Det är sannolikt att människor i större utsträckning är sjukskrivna i Sverige i en situation där ett byte av arbetsplats och till och med yrke skulle vara en bättre lösning. I så fall blir människor lättare inlåsta i sjukförsäkringssystemet i Sverige, när de kanske i stället borde höra hemma bland de arbetssökande.

Vad kan förväntas framöver?

Andelen av befolkningen mellan 20 och 64 år som får ersättning från sjukpenning och förtidspension har ökat trendmässigt sedan 1960. Som fram-

gått av figur 1.1 minskade utbetalningarna under lågkonjunkturen i början på 1990-talet, men ökade återigen när konjunkturen förbättrades. Framför allt återspeglar utvecklingen en ständig ökning i antalet personer med förtidspension, trots att det är tydliga konjunkturrella svängningar i sjukskrivning. Detta har skett samtidigt som antalet arbetade timmar i Sverige har varit ganska konstant. Sedan 1960-talet har det totala antalet arbetstimmar i Sverige trendmässigt fördelats bland flera personer och omfördelats i större utsträckning till kvinnor i takt med tillväxten i offentliga tjänster. Sedan 1990-talet har det emellertid varit en starkare tendens att de som har arbete arbetar mer bland annat genom att deltidsarbetet minskat.

Finns det tydliga tecken som talar för att den internationellt sett höga nivån på sjukfrånvaron och trendökningen i förtidspensioneringen, och kostnaderna för dessa, kommer att stabiliseras eller vända neråt det närmaste decenniet? Det är svårt att finna starka skäl för detta. Istället tyder det mesta på att sjukfrånvaron fortsättningsvis kommer att ligga på en hög nivå och att förtidspensionerna snarare kommer att bli fler än färre under det kommande decenniet. Varför? Det finns två skäl. Det första är siffrorna bakom utvecklingen av förtidspensioneringen. Det andra är den demografiska strukturen. Vad som talar för en förbättring är tänkbara positiva effekter på sjukfrånvaron som en konsekvens av att arbetsgivare medfinansierar heltidssjukfrånvaron från och med januari 2005.

Mest oroväckande i detta sammanhang är att det pågår en strukturell ökning av andelen yngre av samtliga förtidspensionärer (Cohen-Birman m fl 2004). Till skillnad från personer som får förtidspension vid 55–60 år och mer kan personer som förtidspensioneras som 30–40-åringar komma att uppbära en förmån under 25–35 år innan de övergår till ålderspension. Detta minskar "omsättningen" i antalet förtidspensionärer, vilket i sin tur bidrar till att antalet ökar, allt annat lika. Samma studie visar en relativ minskning i förtidspensioneringen av äldre arbetskraft i samband med att möjligheten att få förtidspension av arbetsmarknadsskäl togs bort i början av 1990-talet.

Kostnadsökningen i fasta priser i utgifterna för sjukskrivning och förtidspension tillsammans har varit nästan sex procent årligen sedan år 1999 vilket är väl över ökningstakten i BNP på två till tre procent årligen. Och det finns ingen anledning att tro att trenden kommer att brytas utan ett större systemingrepp. Den starkaste kraften som verkar i riktning mot en ökning i sjukskrivning och förtidspensionering de kommande fem till tio åren är den åldrande yrkesverksamma befolkningen. De stora årgångarna som föddes

under och strax efter andra världskriget på fyrtioalet avslutar sina yrkeskarriärer, det vill säga kommer upp i åldrarna 55–60 och högre. Om sjukskrivningen och förtidspensioneringen av personer födda på fyrtioalet följer tidigare mönster kommer denna kohort att ytterligare bidra till en ökning i antalet förmånstagare.

Från januari 2005 har regeringen introducerat nya regler i sjukförsäkringen som bland annat innebär en 15-procentig medfinansiering av arbetsgivaren för sjukskrivningar som pågår längre än sjuklöneperioden. Medfinansieringen gäller enbart för heltidssjukskrivningar och gäller inte under perioder med rehabiliteringspenning, det vill säga pågående rehabilitering. Åtgärden är avsedd att bryta den höga sjukfrånvarotrenden, men till dags dato finns ingen empirisk erfarenhet av effekterna av dessa regler. Åtgärden kan ses mot bakgrund av att det är cirka 30 procent av de sjukskrivna som uppger att deras sjukskrivning beror helt på arbetsplatsrelaterade faktorer (Eklund m fl 2002). Dessa torde tillhöra målgruppen. Enligt samma källa anser cirka 30 procent att deras sjukskrivning beror delvis på arbetsplatsrelaterade faktorer och cirka 40 procent uppger att det inte finns ett sådant samband. Sjukskrivning som inte alls har något samband med arbetsplatsen kan inte förhindras av en sådan åtgärd, men sjukskrivningsperioden kan förkortas av engagerade arbetsgivare.

Femton procent av kostnaden för personer som är sjukskrivna medför höga kostnader för den enskilde arbetsgivaren om de måste bäras under lång tid. Samtidigt sänker regeringen arbetsgivaravgiften överlag för att allmänt kompensera för denna nya kostnad för arbetsgivaren. Teoretiskt kan medfinansieringen leda till att arbetsgivare vidtar fyra sorters åtgärder för att minimera sina kostnader; åtgärder som kan ha såväl positiva som negativa konsekvenser. Dessa åtgärder är:

- ökad uppmärksamhet på sjukskriven personal i syfte att få dem tillbaka i arbete,
- ökade förebyggande och anpassande åtgärder för befintlig personal (primärprevention),
- ökade ansträngningar att bli av med ”problempersonal”,
- ökade selektering vid nyanställning.

Effekterna av dessa diskuteras vidare nedan.

Positiva effekter av medfinansiering

Arbetsgivare kommer sannolikt att överlag ägna mer uppmärksamhet åt sjukskriven personal. Detta bör leda till att de satsar hårdare på att få sjuk-

skriven personal att återgå i arbete – och tidigare än eljest. Arbetsgivare har fått ytterligare ett incitament att ”rekrytera” sina långtidssjukskrivna tillbaka till arbetsplatsen. Kommer den sjukskrivna personalen tillbaka på deltid slipper arbetsgivaren kravet på medfinansiering efter den allmänna sjuklöneperioden. En risk i detta sammanhang är att deltidssjukskrivning pågår längre än heltidssjukskrivning (Andrén & Palmer 2004; Eklund m fl 2004; Palmer 2004). I så fall är segern enbart en delseger, och utgör egentligen en återgång till vad som redan idag utgör ett problem.

Det finns ytterligare en viktig potentiell effekt på pluskontot. Arbetsgivare kan förväntas ägna större uppmärksamhet åt eventuella arbetsplatsrelaterade omständigheter som leder till sjukskrivning. Detta kan i sin tur leda till att de vidtar åtgärder på arbetsplatsen som bidrar till att förebygga arbetsplatsrelaterad sjukskrivning, vilket är högst önskvärt.

Sammanfattningsvis är regeringens syfte med att införa medfinansiering att åstadkomma en snabbare återgång i arbete och en sanering av faktorer som leder till arbetsplatsrelaterade sjukskrivningar.

Negativa effekter av medfinansiering

Ett utökat finansieringsansvar för arbetsgivaren kan dock även få negativa effekter. Dessa kan i sin tur delas upp i konsekvenser som kan uppstå på kortare sikt och de som tar längre tid att göra sig gällande och som därmed kan vara svåra att identifiera på kort sikt.

Kortsiktiga effekter. En del personal som varit sjukskriven länge vill inte arbetsgivaren av olika skäl ha tillbaka. För det första kan det vara så att personen betraktas som obekvämt och att sjukskrivningen utgör en ömsesidig lösning på arbetsplatsrelaterade problem. För det andra, oavsett förhållandet till den sjukskrivne, kan arbetsgivaren ha varit tvungen att anställa en ny person för samma arbetsuppgift. Denna person är naturligtvis mer ”närvarande” och har därför ett starkare fotfäste i organisationen än den som är sjukskriven. Därmed kan det till och med vara ett ”problem” att återrekrytera en långtidssjukskriven medarbetare. Den som är sjukskriven har inte heller nödvändigtvis fackligt stöd i en sådan situation, i varje fall inte mer än den som anställts som ersättare. Detta kan leda till att den som är sjukskriven snarare än den som har ersatt denne kan betraktas som övertalig vid omorganisationer, vid behov av att rationalisera och så vidare. Därmed ökar sannolikheten för att den som har varit sjukskriven en längre tid och

som inte direkt ses som nödvändig arbetskraft av arbetsgivaren blir arbetslös. Den vars sjukdom inte alls eller knappast har något samband med arbetsplatsen och som dessutom kräver en längre sjukskrivning av medicinska skäl (exempelvis psykiska diagnoser och svårare somatiska problem), kommer att bli dyr för arbetsgivaren. Sannolikheten är sålunda större att dessa personer friställs från arbetsplatsen.

Långsiktiga, strukturella effekter. En effekt av att överföra en del av kostnaden för sjukfrånvaron till arbetsgivaren är att arbetsgivaren kommer att utföra en mer noggrann selektering bland sökande i anställningssituationen. Med införandet av en sjuklöneperiod inklusive medfinansiering av längre sjukdomsperioder är det rationellt av arbetsgivaren att försöka avslöja sådana risker vid anställningen och att låta bli att anställa dessa människor. Dessa risker är naturligtvis risker i statistisk eller försäkringsteknisk mening, eftersom ingen vet om en viss individ utgör en risk. Även om de flesta individer inte utgör en risk i praktiken är det omöjligt för en arbetsgivare som är rädd för att ta på sig extra sjukskrivningskostnader, genom medfinansiering, att avgöra vilken(a) individ(er) som utgör en faktisk risk. Troligen vet inte individen själv det heller, så det behöver inte heller vara ett problem med asymmetrisk information. Utfallet kan bli att grupper med kända höga risker som exempelvis kvinnor och äldre yrkesverksamma i allmänhet och personer med tidigare svårare sjukhistorik i större utsträckning kommer att sorteras bort vid nyanställning.

Denna selekteringseffekt leder till en ökad marginalisering av personer i arbetsföra åldrar. Dessa personer kommer med större sannolikhet än tidigare att bli arbetslösa – med risk för långtidsarbetslöshet – eftersom arbetslöshet i sig utgör en ”dålig” merit då man söker jobb. Dessutom kan yngre personer med kända risker få det ännu svårare att över huvudtaget komma in på arbetsmarknaden.⁴

En hårdare selektering av arbetskraft kommer troligtvis att på lite längre sikt märkas i en ökning av arbetslösheten. Den ökningen är inte önskvärd, till skillnad från arbetslöshet som återspeglar en normal konjunktur och

4. En av fördelarna med en socialförsäkring vars kostnad delas solidariskt av samtliga yrkesverksamma är att försäkringen bär risken för ett återfall i en svårare sjukdom – inte arbetsgivaren. Det är det principiella argumentet emot arbetsgivarfinansiering av sjukförsäkringen.

normala övergångstider mellan jobb, på grund av att de som utsätts för detta öde skulle kunna skyddas av en allmän sjukförsäkring som i större utsträckning hade gjort det möjligt för dem att konkurrera om sysselsättning.

Erfarenheterna från sjuklöneperioden i Nederländerna utgör en varning i detta sammanhang. Dels tycks arbetsgivarna ha accepterat den högre kostnaden för sjukskrivningen, i motsats till den förväntade teoretiska effekten (det vill säga den effekt som den svenska regeringen hoppas på), dels har den långa sjuklöneperioden som införts successivt lett till en bortselektering av personer med kända sjukdomsrisker vid nyanställningar (Bergendorff & Larheden 2003). Med andra ord har en ännu tuffare medfinansiering i Nederländerna (med 100 procents ersättning under första året och 70 procent under andra) jämfört med vad som införts i Sverige från och med januari 2005 inte lett till den teoretiskt förväntade minskningen i sjukfrånvaron. Den minskning i sjukfrånvaron som skett i början på 2000-talet i Nederländerna kan sannolikt hänföras till en för detta land (liksom för Sverige) normal effekt av lågkonjunkturen. Observera att den nedgång i sjukskrivningen i Sverige 2003–04 som noterats i sjukskrivningsstatistiken inte märks i den statistik som ligger till grund för figur 1.3. Figuren redovisar sjukfrånvaron enbart för anställda medan den officiella sjukförsäkringsstatistiken omfattar också egenföretagare och arbetslösa.

Slutsatser

Andelen av den yrkesverksamma befolkningen som inte arbetar en viss dag antingen på grund av sjukskrivning eller förtidspensionering har ökat trendmässigt under några decennier. Detta har medfört en ökning i kostnaden för sjukförsäkringarna i en takt som är minst dubbelt så hög som ökningen i BNP. För närvarande kostar dessa cirka 30 000 kronor per yrkesverksam person och år vilket är en ansevärd summa. Dessutom hamnar alltför många människor utanför arbetskraften i samband med att långa sjukskrivningar ofta leder till förtidspensionering.

Den höga sjukfrånvaron i Sverige jämfört med andra europeiska länder kan bero på att ersättningsreglerna är mindre generösa i andra länder, exempelvis Frankrike och Storbritannien. Men det finns exempel på länder med generösa ersättningsregler som dessutom har en låg genomsnittlig nivå på sjukfrånvaron. Framför allt Finland och Tyskland utmärker sig i detta perspektiv. Varför de lyckas så väl kan till stor del bero på att de har inbyggda skadereglerande rutiner under de första dagarna i ett sjukfall samt

att de arbetar konsekvent för att förebygga sjukskrivningar genom att använda arbetsplatsrelaterade kunskaper och statistik. Erfarenheter från Nederländerna tyder på att en privatisering av sjukförsäkringen i sig inte hjälper för att hålla ner sjukfrånvaron. Indirekt ger detta också stöd för hypotesen att det är effektiva försäkringsfunktioner som avgör om ett land har hög eller låg sjukfrånvaro, allt annat lika. Regeringens medfinansieringsreform har diskuterats utifrån dessa erfarenheter.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att den enda strukturella förändring som har skett i Sverige är införandet av medfinansieringen. Det finns inte anledning att tro att andra strukturella faktorer, exempelvis arbetsmarknads- eller organisationsfaktorer, har förändrats påtagligt de senaste åren eller kommer att göra det under de närmaste åren. Det är snarare så att de förändringar som inträffat de senaste decennierna kommer att fortsätta att utvecklas åt samma håll. Det är omöjligt att på teoretisk basis konstatera om fördelarna med regeringens medfinansieringsreform är starkare än nackdelarna. I princip är det sannolikt att såväl de positiva som de negativa effekterna som diskuterats uppstår. Vilka som kommer att dominera och varför är en empirisk fråga, men det är en svår empirisk fråga att undersöka i praktiken.

Vad som talar emot medfinansieringen mer principiellt är att den svenska arbetsmarknaden redan kännetecknas av rigiditet. Redan nu verkar de lagar och regler som skyddar dem som redan har arbete mot dem som inte har arbete. Överföringen av försäkringskostnader till arbetsgivaren kommer att förstärka denna tendens och bli till nackdel för personer med kända försäkringsrisker. Visserligen är det så att det alltid är de svaga som selekteras bort i en anställningssituation. Alla steg i riktning mot att överföra kostnaderna för sjukförsäkringen till arbetsgivaren kommer emellertid att skärpa kraven på marginalen. Statistiskt sett innebär en sjukhistorik en känd risk för arbetsgivaren. Men risken består av att individen hör till en "pool" av människor med tidigare kända svåra sjukdomsepisoder.

På en arbetsmarknad utan starka trygghetsanordningar för dem som redan har ett arbete skulle det vara möjligt för arbetsgivaren att ta risken och anställa personer i "befintligt skick", eftersom det då skulle vara möjligt att lika lätt säga upp dem om deras prestationer är undermåliga. Med starka skyddsanordningar för dem som redan har ett arbete går inte detta. Av denna anledning kommer en överföring av kostnaderna för sjukskrivning till arbetsgivaren att leda till en ökad marginalisering av personer med kända risker.

Om den samhällsekonomiska vinsten med att snabbare återföra mindre hälsomässigt riskabla personer till arbete är större än den ökade marginaliseringskostnaden är en empirisk fråga men det är också en rättvisefråga. En nationell försäkring med hela landet som försäkringskollektiv har fördelen att "alla" betalar för kända risker, en fördel inte minst för den som ska konkurrera om nya anställningar trots tidigare sjukdomsepisoder. Såväl sjuklöneperioden som medfinansieringen gnager i kanten på detta. I ett välfärdsperspektiv ger den privatisering som medfinansieringen utgör en sannolik välfärdsförlust. Några redan anställda kommer att få det bättre men på bekostnad av personer med kända risker – utan att de senare kan kompenseras för denna förlust, det vill säga människor med kända risker kommer inte att kunna ersättas för de förlorade möjligheter i yrkeslivet de kommer att drabbas av.

Referenser

- Andrén D (2001) *Short-term Absenteeism due to Sickness: The Swedish Experience 1986–1991*. Ekonomiska studier nr 107 utgivna av Nationalekonomiska institutionen, Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Andrén D & Palmer E (2004) "Deltidssjukskrivning" kommande publikation i RFV Analyserar, Stockholm: Försäkringskassan.
- Bergendorff S & Larheden H (2003) *Att förbinda och förkorta sjukfrånvaro – erfarenheter från fyra länder*. RFV Analyserar 2003:16, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Bergendorff S, Berggren S, Cohen Birman M, Nyberg K, Palmer E, Skogman Thoursie P & Söderberg J (2002) "Svensk sjukfrånvaro i ett europeiskt perspektiv" bilaga 1 i *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 2002:49, Stockholm: Finansdepartementet.
- Bäckman O (1998) *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Avhandling, Stockholm: Stockholms universitet.
- Cohen Birman M, Nyberg K & Skogman Thoursie P (2004) *Nybeviljade förtidspensioner – Utvecklingen av riskfaktorer under 1990-talet*. RFV Analyserar 2004:1, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Eklund M, Jonasson B & Sundén A (2002) *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete*. RFV Analyserar 2002:16, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Eklund M & Ossowicki M (2005) "Sjukskriven i onödan?" kommande publikation i RFV Analyserar, Stockholm: Försäkringskassan.

- Frykman J & K Hansson (2005) "Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur" manuskript, Lund: Institutionen för etnologi, Lunds universitet.
- Hemmingsson T (2004) "Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet" s 153–174 i Högstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Henrekson M, Lantto K & Persson M (1992) *Bruk och missbruk av sjukförsäkring*. Stockholm: sns Förlag.
- Henrekson M & Persson M (2004) "The Effect on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System" kommande i *Journal of Labour Economics*.
- Johansson P & Brännäs K (1998) "A Household Model for Work Absence" *Applied Economics*, 30, s 1493–1503.
- Johansson P & Palme M (2002) "Do Economic Incentives Affect Worker Absence? Empirical Evidence Using Swedish Data" *Journal of Public Economics*, 59, s 195–218.
- Lantto K & Lindblom E (1987) "Är arbetslöshet ohälsosam?" *Ekonomisk Debatt*, 4, s 333–336.
- Larsson L (2002) "Sick of Being Unemployed? Interactions between Unemployment and Sickness Insurance in Sweden" Working Paper 2002:6, Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering.
- Lidwall U (2003) *Psykosocial arbetsmiljö och långtidssjukskrivning*. RFV Analyserar 2003:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lindbeck A, M Palme & M Persson (2004) "Sjukskrivning som ett socialt fenomen" *Ekonomisk Debatt*, 4/2004.
- Nyman K, Bergendorff S & Palmer E (2002) *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Ds 2002:49, Stockholm: Finansdepartementet.
- Palmer E (2004) "Sjukskrivning I Sverige – inledande översikt" s 27–80 i Högstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Paoli P (1997) *Second European Survey on Working Conditions 1996*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Paoli & Merllié (2001) *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Luxemburg: Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities.

- Rikner K (2002) *Sickness Insurance in Sweden: Preferences and Behaviour i Sickness Insurance: Design and Behaviour*. Lund: Lund Economic Studies 103, Lunds universitet.
- Skogman Thoursie P (2002) "Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious?" manuskript, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Socialförsäkringsboken* (2004) Tema: Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- sou 2002:5. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Theorell T, Oxenstierna G & Westerlund H (2004) "Ju färre vi är tillsammans... Sjukskrivningsmönster vid strukturella förändringar" i s 207–232 i Högstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Wikman A (2004) "Arbetsliv och sjukfrånvaro" s 123–151 i Högstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

KAPITEL 2

Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling

2.

Hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling

Christina Lindholm, Peeter Fredlund och Mona Backhans

ATT SJUKSKRIVNINGARNA I DEBATTEN kommit att ses som ett stort folkhälso-
problem har tveklöst berott på den drastiska ökningen i slutet av 1990-talet.
Sjukskrivningarna steg till en nivå, samma eller högre, som den på slutet av
1980-talet. Den ökande sjukfrånvaron visade sig nu även inom yrkes-
grupper av mellan- och högre tjänstemän som tidigare inte haft hög sjuk-
frånvaro. Den sjukskrivningsorsak som ökat mest är den för olika psykiska
diagnoser, dock inte de tyngre kroniska sjukdomarna som exempelvis
schizofreni och psykoser. Rörelseorganens sjukdomar är fortfarande
huvudproblem för antals- och andelsmässigt flest långtidssjukskrivna (RFV
2005). Rörelseorganens sjukdomar och psykiska diagnoser står för cirka 60
procent av sjukskrivningsorsakerna bland långtidssjukskrivna (mer än 60
dagar).

Idag kan vi se en minskning av sjukskrivningarna. Enligt Riksförsä-
kringsverket (RFV) betalades sjukpenning ut till 263 700 personer under au-
gusti 2004, vilket var drygt 36 000 färre än augusti året innan. Sjuk- och
aktivitetsersättningarna¹ har samtidigt ökat kraftigt. Ökningen är mycket
oroande eftersom det innebär att fler ställs mer permanent utanför arbets-
marknaden. Under första halvåret 2004 avslutades 56 000 fall som varat
mer än ett år. Av dem gick närmare 30 000 vidare till sjukersättning, alltså
över hälften (källa: RFV). Svårigheterna att komma tillbaka till arbetsmark-
naden för denna grupp med sjukersättning är mycket stora och kräver
extraordinära insatser på många plan. Kraven på insatser är samtidigt svåra
att konkretisera då det inte finns uppgifter om vilken sjukdomsdiagnos som
på samhällsnivå ger möjligheter till återgång i arbete och vilken sjukdoms-
diagnos som är svår att anpassa arbete till.

Det är relativt vanligt i befolkningen att ha någon långvarig eller kronisk
sjukdom. Omkring 40 procent av befolkningen uppger i scb:s intervju-

1. Sjuk- och aktivitetsersättning ersatte förtidspension och sjukbidrag från och
med 1 januari 2003.

undersökning av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) att de har en eller flera långvariga sjukdomar. Andelen med långvarig sjukdom har inte varierat på samma sätt som andel sjukskrivna. I befolkningen är det således en betydligt högre andel som har någon sjukdom men inte är sjukskrivna än andelen som är långtidssjukskrivna för sin sjukdom. Detta kan ha olika förklaringar: sjukdomens svårighetsgrad, om denna lett till funktionsnedsättning, människors övriga individuella resurser och framför allt de skilda möjligheter som finns att anpassa arbetslivets krav till sjukdomen vilket kan variera över tid. För de psykiska symtomen har man visat att det handlar om krav även utanför arbetslivet (Hallsten m fl 2004).

När reglerna för utträde från arbetsmarknaden tillåter en mer generös bedömning av vilka sjukdomstillstånd som kan berättiga sjuk-/aktivitetsersättning kan även lindrigare tillstånd öka som orsak till den mer permanenta sjukersättningen. Hälsotillståndet bland personer i arbetslivet kan därmed variera med regler för utträde från arbetsmarknaden genom en starkare selektion av friska i arbetslivet. Selektionen av friska i arbetet kan även bero på förändringar i arbetskrav. Ökade krav kan utesluta möjligheten att arbeta även för personer med mindre nedsättning av arbetsförmågan. Kraven kan förändras över åren och därmed sjukligheten bland de sjukskrivna. Oavsett om sjukdomen är arbetsrelaterad eller inte så påverkar kraven i arbetet möjligheten att arbeta med sjukdom och ohälsa eller att återkomma efter sjukskrivning.

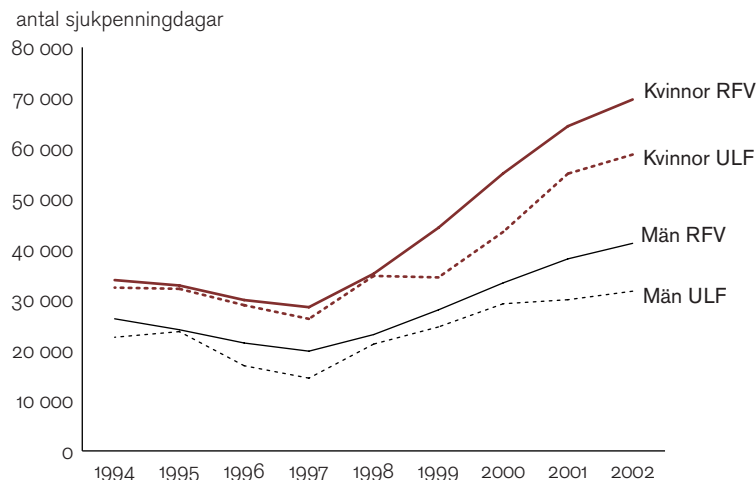
En av de svårigheter som funnits när man försökt förstå sjukskrivningsutvecklingen är att det inte funnits möjlighet att i ett register följa sjukskrivningarnas medicinska diagnoser. Förändringar har därmed inte kunnat följas kontinuerligt. I de utredningar som gjorts om kunskapsläget framkommer dessa svårigheter tydligt (SOU 2002:62; SBU 2003:167). Redovisningarna av sjukdomars utveckling och sjukskrivningsutvecklingen är därför oftast särredovisade (SOU 2002:62). Riksförsäkringsverket har särskilda urvalsundersökningar av långtidssjukskrivna i vilka sjukdomsorsak kan studeras. Det som finns till buds är således specialstudier på urval eller att samköra sjukskrivningsdata med andra statistikunderlag. I det senare fallet finns ingen möjlighet att avgöra om den uppgivna sjukdomen eller diagnosen vid ett vårdtillfälle eller den självrapporterade ohälsan är densamma som sjukskrivningsorsaken. I denna studie har vi, trots denna tveksamhet i materialet, samkört sjukskrivning och självrapporterad hälsa för att belysa förhållandet mellan sjukskrivning och hälsa över en tidsperiod.

Studiens syfte är att undersöka samband mellan hälsotillstånd och sjuk-skrivning över tid. Har hälsan bland sjukskrivna förändrats över tid? Har risken för sjukskrivning vid olika hälsotillstånd förändrats över tid? Har detta förhållande förändrats lika i åldersgrupper, bland män och kvinnor eller bland arbetare och tjänstemän? Påverkas förhållandet av arbetsmiljö-faktorer och/eller sociala och ekonomiska förhållanden?

Metod

För denna studie används en samkörning mellan RFV-data med antal sjukpenningdagar under ett år och SCB:s undersökning av befolkningens lev-nadsförhållanden (ULF). I ULF finns data om sjukdomar och hälsotillstånd. Eftersom vi inte kan veta om den sjukdom som uppges i ULF är densamma som sjukskrivningsdiagnosen har vi valt att studera hälsotillstånd och inte specifika sjukdomar.

ULF-materialet är data från årliga intervjuundersökningar med ett repre-sentativt urval för hela landet, cirka 7 500 personer per år. En uppskattning av hur representativt ULF-urvalet är när det gäller årligt utbetalda sjukpen-ningdagar illustreras i figur 2.1. Där visas att samstämmigheten är relativt god för sjukpenningdata i RFV-statistiken och RFV-data pålagda i ULF-ur-



Figur 2.1. Antal sjukpenningdagar i 1 000-tal bland män och kvinnor i RFV-statistik respektive ULF-urval.

valet. En delförklaring till att ULF-urval ligger cirka 20 procentenheter under RFV-data kan vara att personer som är mycket sjuka och långtidssjukskrivna är överrepresenterade i bortfallet i ULF och således minskar sjukskrivningsdagarna.

De RFV-data som är påförda ULF-materialet är antal sjukpenningdagar under intervjuåret. Vi vet däremot inte antal sjukfall under året vilket innebär att antalet dagar kan vara i en följd eller ett antal kortare sjukfall. De uppgifter om hälsa, arbete och så vidare som används i denna studie är de självrapporterade svaren i ULF. Det finns ingen möjlighet att avgöra om de hälsotillstånd som uppges i ULF är desamma som de tillstånd som orsakat sjukpenningdagarna. Vi antar trots allt att de överensstämmer ungefär i lika hög grad över åren.

Det finns andra problem med att studera sjukskrivningsdata. De försäkringsändringar som skett över tid av karensdagar, ersättningsnivåer, sjuklön från arbetsgivare och ändrade krav för sjukersättning påverkar alla de mått på sjukskrivning som används. Mått på antal utbetalda sjukpenningdagar eller ohälsodagar kommer således att variera över åren oavsett förändringar i sjukdomsutveckling, arbetsförhållanden eller åldrande befolkning. Införandet av 14 dagars sjuklön för anställda 1992 innebär stora svårigheter att jämföra sjukskrivning före och efter 1992. Från och med 1 januari 1997 till och med 31 mars 1998 var sjuklöneperioden 28 dagar. Personer som arbetar tillfälligt eller har arbetslöshetskassa får sjukpenning direkt istället för sjuklön den första tiden.

Med dessa felkällor i åtanke har vi valt att lägga samman noll dagar med upp till 29 sjukpenningdagar och redovisa ohälsa bland anställda män och kvinnor 25–64 år endast i två grupper utifrån antal sjukpenningdagar under ett år: Personer

- utan eller med mindre omfattande antal sjukpenningdagar. Med mindre omfattande sjukskrivning avses 0–29 sjukpenningdagar under intervjuåret.
- med omfattande sjukskrivning vilket avser 30 sjukpenningdagar eller mer under intervjuåret.

Hälsotillstånd

Hälsotillstånd har vi mätt med fyra indikatorer: Långvarig sjukdom med begränsad arbetsförmåga, sämre än god självskattad hälsa, trötthet samt

ängslan/oro. Hälsoindikatorerna är inte fastställda diagnoser eller sjuk-skrivningsorsaker.

I ULF-undersökningen finns frågan om intervjupersonen har någon långvarig sjukdom och i så fall vilken. En följdfråga är om den långvariga sjukdomen medfört lättare eller svårare nedsättning av arbetsförmågan. Vi har här använt det generella måttet "långvarig sjukdom med lätt eller svår nedsättning av arbetsförmågan" vilket är ett hälsomått som även används internationellt. I texten kommer vi att skriva långvarig sjukdom för att underlätta läsningen.

Det andra måttet mäter den allmänna hälsan. Intervjupersonen får uppge hur han eller hon skattar sin nuvarande hälsa. *Sämre än god hälsa* har i studier visat sig vara en lika god prediktor som specifika sjukdomar för för-tidig död vilket idag bedöms vara vetenskapligt belagt (Nilsson & Orth-Gomér 2000).

Tillstånd av psykisk ohälsa har ökat mest som sjukskrivningsorsaker. I denna studie har vi använt två indikatorer, *trötthet* och *ängslan/oro*, vilka kan vara ett uttryck för eller leda till allvarligare tillstånd av sjukdomsbesvär och arbetsoförmåga. I ULF-intervjuerna ställs frågan om intervjupersonen känt sig påfallande trött de senaste två veckorna på morgnarna, om dagarna respektive kvällarna. Vid ja-svar på två av de tre alternativen betraktas svaret som att trötthet föreligger. Den fråga om ängslan/oro som intervjupersonen får besvara är om han eller hon har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest eller inga besvär. Svåra och lätta besvär bedöms som att intervjupersonen känner ängslan/oro i sådan grad att det kan inverka på sjuk-skrivningsmönstret. I ULF-undersökningarna kan vi följa utvecklingen 1994–2002.

Arbetsförhållande

Två mått på ansträngande arbete har använts:

Fysiskt ansträngande arbete innebär att intervjupersonen uppgett minst tre av följande fem ansträngande arbetsuppgifter: 1. upprepade och en-sidiga rörelser, 2. krokiga, vridna arbetsställningar, 3. dagligen svettig, 4. skakningar, vibrationer, 5. tunga lyft.

Psykiskt ansträngande arbete innebär att intervjupersonen uppgett något av svarsalternativen att arbetet för jämnan eller ibland är psykiskt ansträng-ande. Det tredje svarsalternativet var att arbetet inte var psykiskt ansträng-ande.

Social situation

Även för sociala förhållanden har två indikatorer som kan påverka hälsan negativt använts; ekonomisk kris och att vara ensamstående. *Ekonomisk kris* mäts med frågan om respondenten någon gång under de senaste tolv månaderna har haft svårigheter att klara löpande utgifter för mat, hyra, räkningar med mera. *Ensamstående* innebär att personen uppgett att han eller hon inte är gift eller sammanboende.

Utifrån ovanstående har urvalet begränsats till män och kvinnor, 25–64 år, med anställning och som är intervjuade under perioden 1994–2002.

Analys

Den första resultatdelen är deskriptiv och visar prevalensen av följande indikatorer på ohälsa i grupper med olika sjukskrivningstid: Sämre än god hälsa, långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga, samt oro/ängslan och trötthet som indikatorer på psykisk ohälsa. Dessa hälsotillstånd redovisas stratifierat på kön, ålder (25–44, 45–64 år) samt socioekonomisk grupp. Socioekonomisk grupp redovisas i två grupper: arbetare (icke yrkesutbildade och yrkesutbildade) och tjänstemän (lägre, mellan- och högre tjänstemän).

I den andra resultatdelen analyseras risken för sjukskrivning mer än 30 dagar vid långvarig sjukdom, sämre än god hälsa, trötthet respektive ängslan/oro för åren 1994–2002. Analyserna görs med hjälp av regressionsmodeller där hänsyn tas till den effekt som sociodemografiska förhållanden, arbetsmiljöfaktorer och social situation kan ha. I den första modellen (modell 1) beräknas sannolikheten (risken) för sjukskrivning mer än 29 dagar under ett år med de fyra olika hälsotillstånden utan hänsyn till effekten av andra förhållanden. I de följande modellerna tas hänsyn till följande faktorer: Modell 2 ålder och socioekonomisk grupp, modell 3 fysiskt och psykiskt ansträngande arbete, modell 4 att vara ensamstående och leva i ekonomisk kris. Analyserna genomförs för män och kvinnor separat.

Resultat

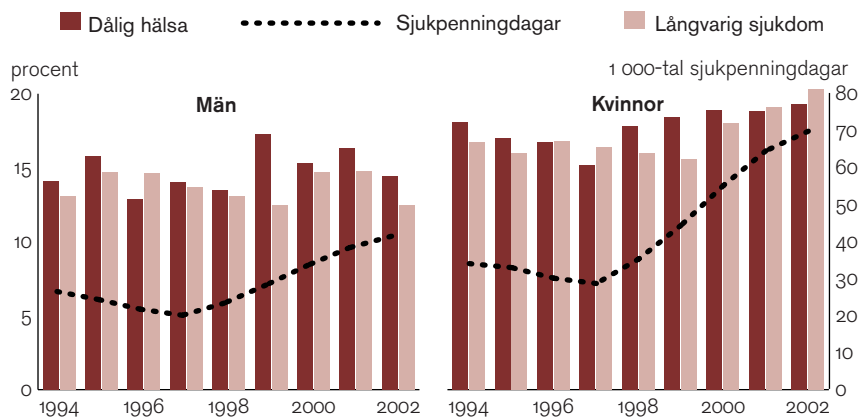
Den första resultatdelen innehåller utvecklingen av hälsan uttryckt i de fyra olika hälsotillstånden och antal utbetalda sjukpenningdagar under ett år bland män och kvinnor. Vi beskriver därefter hur hälsan förändrats över åren för personer med ingen eller mindre omfattning av sjukpenningdagar

(0–29 dagar) respektive mer omfattande antal sjukpenningdagar under intervjuåret. Resultatet redovisas för män och kvinnor, äldre och yngre och för socioekonomiska grupper. I den andra resultatdelen redovisas analyserna av risken för sjukskrivning vid olika hälsotillstånd i tre tidsperioder. Arbetsmiljöns och de sociala förhållandenas påverkan på denna risk ingår i analyserna.

I ULF-undersökningen framkommer att andelen med sämre än god hälsa bland män (figur 2.2) varierat omkring 15 procent och är 2002 på samma nivå som 1994. Utvecklingen av långvarig sjukdom är densamma. Bland kvinnorna har 15–20 procent någon långvarig sjukdom och lika stor andel uppger att deras hälsa är sämre än god. En ökning av andelen med långvarig sjukdom bland kvinnor har skett efter 1999.

Den kurva över antal sjukpenningdagar som är inlagd i figur 2.2 för män respektive kvinnor följer inte andel med dålig hälsa eller långvarig sjukdom.

De två indikatorer på psykisk ohälsa som studien använder är trötthet och ångslan/oro. I figur 2.3 syns en kraftig uppgång av trötthetstillstånd bland både män och kvinnor fram till 2000 bland kvinnor och 2001 bland män. En viss uppgång skedde även av oro/ångslan. Andelen kvinnor med oro/ångslan respektive trötthet är högre än andelen män med samma symptom, men utvecklingen är likartad.



Figur 2.2. Andel män respektive kvinnor med sämre än god hälsa, med långvarig sjukdom samt antal sjukpenningdagar i befolkningen. Källa: ULF, RFV (sjukpenningdagar).

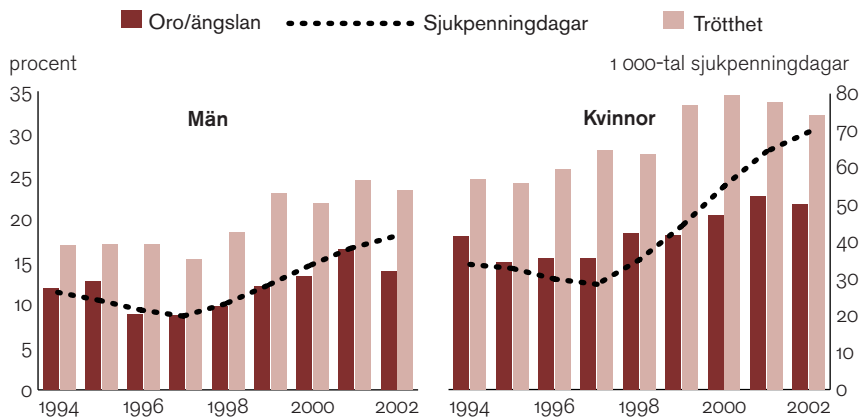


Figure 2.3. Andel män respektive kvinnor som uppgett oro/ängslan, trötthet samt antal sjukpenningdagar bland män och kvinnor. Källa: ULF, RFV (sjukpenningdagar).

Utvecklingen av dessa hälsotillstånd tycks följa samma kurva som antal sjukpenningdagar beskriver över åren fram till 2001 även om mönstret inte är entydigt. Detta gäller framför allt tillstånd av oro/ängslan.

Hälsa bland sjukskrivna

I detta avsnitt redovisas en jämförelse av hälsan mellan personer med 0–29 sjukpenningdagar under året ("mindre omfattande sjukskrivning") och personer med 30 dagar eller mer under ett år ("omfattande sjukskrivning"). Hälsotillståndet bland personer med mindre omfattande sjukskrivning visar sig vara relativt gott.

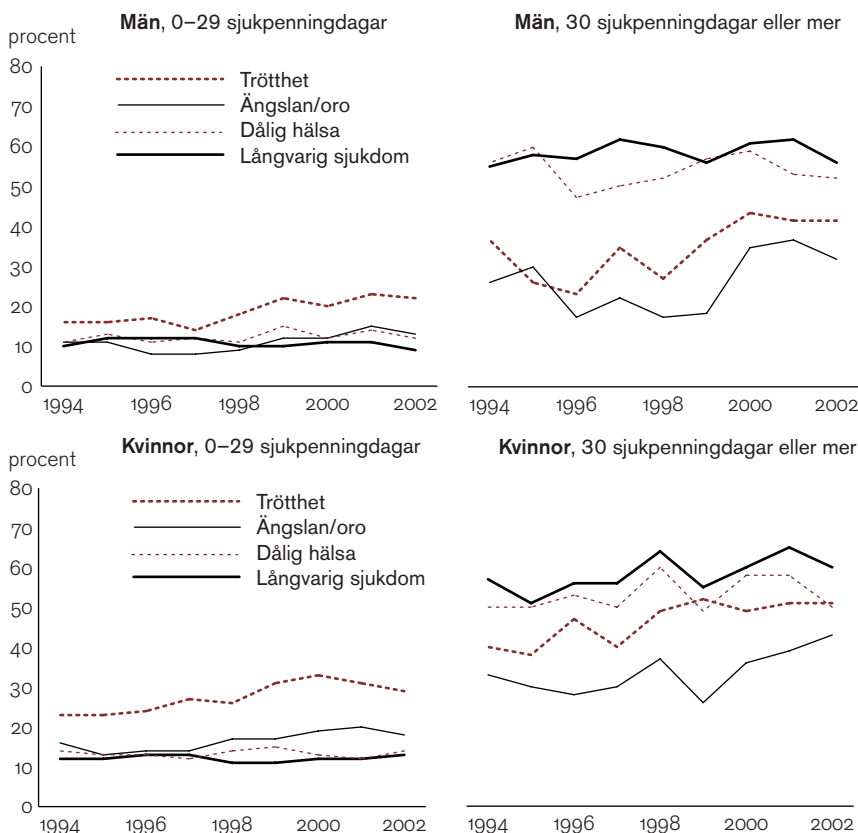
Bland personer med omfattande sjukskrivning kan man förvänta sig en betydligt högre andel med sämre hälsa mätt med samtliga fyra hälsoindikatorer. Det illustreras också i följande figurer där andelen med långvarig sjukdom är omkring 60 procent och något lägre andel uppger att hälsan är sämre än god. Detta jämfört med 10–15 procent bland dem med mindre omfattande sjukskrivning. De psykiska indikatorerna ligger på 30–40 procent bland personer med omfattande sjukskrivning.

Män och kvinnor

Mindre än 15 procent bland både män och kvinnor med 0–29 sjukpenningdagar uppger att de har någon långvarig sjukdom och lika låg andel att de

har sämre än god hälsa. Det finns variationer mellan åren men ingen tydlig trend vare sig bland män eller kvinnor, mer än för trötthet. Det är den indikator på psykisk ohälsa som visar en ökning efter 1996–97 bland både män och kvinnor men även en utplaning efter år 2000.

Bland män med omfattande sjukskrivning syns kraftiga variationer över åren med en uppgång på nära 20 procentenheter mellan 1999–2000 när det



Figur 2.4. Förändringen 1994–2002 av andelen män och kvinnor med ingen eller mindre än 30 sjukpenningdagar på ett år respektive med 30 sjukpenningdagar eller mer under ett år, vilka uppgett långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga, sämre än god självskattad hälsa, trötthet och/eller ängslan/oro.

gäller andelen som uppgett ängslan/oro och trötthet. Minst variationer över åren är det för andelen med långvarig sjukdom.

Variationen mellan åren syns även för kvinnor med omfattande sjukskrivning. Det finns en trend från 1994 till 2002 av ökad andel som uppger trötthet och ängslan/oro. Ökningen har varit större bland kvinnor, cirka tio procentenheter för vardera tillståndet än bland män (cirka fem procentenheter).

Andelen med trötthet har åter minskat bland kvinnor med mindre omfattande sjukskrivning efter år 2000 men är fortfarande högre än 1994.

Skillnaderna i hälsa 1994–2002 mellan män och kvinnor är obetydliga när det gäller långvarig sjukdom och allmänt hälsotillstånd bland personer med 0–29 sjukpenningdagar. Andelen kvinnor med trötthet och oro/ängslan är cirka fem procentenheter högre än andelen män med dessa besvär bland personer med omfattande sjukskrivning. Förhållandet är detsamma över åren.

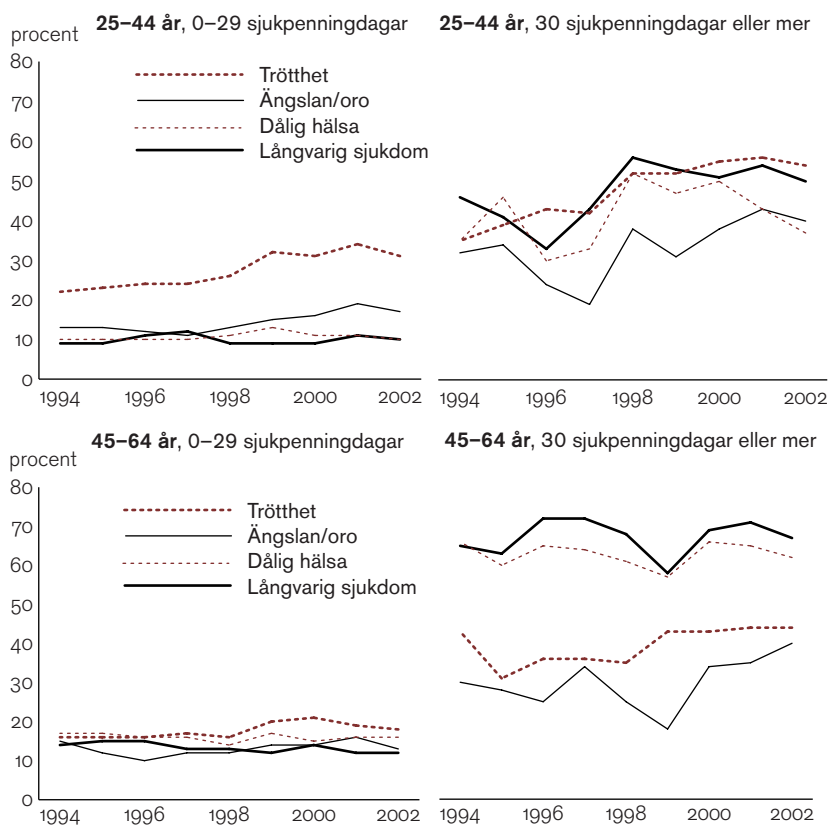
Ålder

Utvecklingen av hälsotillståndet bland personer med mer eller mindre omfattande sjukskrivning kan skilja sig åt mellan yngre och äldre. Andelen med sjukdom ökar med åldern och så gör även andelen med längre sjukskrivningar. Personer med mer än 29 sjukpenningdagar under ett år kan därför skilja sig åt i hälsotillstånd i olika åldersgrupper. Skillnaderna mellan åldersgrupperna behöver däremot inte förändras över åren.

Bland de yngre, 25–44 år, har omkring tio procent av dem med mindre omfattande sjukskrivning uppgett sämre hälsa eller långvarig sjukdom. Det har varit små förändringar över åren. I figur 2.5 kan vi se betydligt större förändringar i andel med ängslan/oro och trötthet. För trötthet är ökningen cirka tio procentenheter. Ökningen är än större bland unga med mer än 29 dagars sjukfrånvaro under ett år. Som figuren visar har det funnits stora variationer mellan åren i gruppen med omfattande sjukskrivning. Den tydligaste negativa trenden, utan stora variationer, är andelen som uppgett trötthet; 35 procent år 1994, 53 procent år 2002.

Det finns inte den tydliga skillnad mellan långvarig sjukdom och allmän ohälsa å ena sidan och de psykiska indikatorerna å andra sidan som kunde ses i jämförelsen mellan män och kvinnor. Den kraftiga ökningen av trötthet men även av ängslan/oro är orsaken till det förändrade mönstret.

I åldersgruppen 45–64 år är bilden en annan. I gruppen som har maximalt 29 sjukpenningdagar under ett år är tillståndet mer stabilt över åren för samtliga mått på ohälsa. Omkring 12–18 procent uppger någon ohälsa. Skillnaderna mellan ohälsomåttan var minimal 1994 men ökade något genom en minskning av långvarig sjukdom och ökning av trötthet 2002. Det är stor skillnad mot personer med omfattande sjukskrivning. Omkring 60–70 procent bland dessa uppger att de har någon långvarig sjukdom och/



Figur 2.5. Förändringen 1994–2002 av andelen 25–44- och 45–64-åringar med 0–29 sjukpenningdagar respektive mer än 29 sjukpenningdagar intervjuåret vilka uppgett långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga, sämre än god självskattad hälsa, trötthet och/eller ängslan/oro.

eller att hälsan är sämre än god. Förhållandet är relativt stabilt över åren och ligger betydligt högre än andelen med trötthet respektive ängslan/oro. Den enda ökning över åren som kan ses är av ängslan/oro.

Figur 2.5 illustrerar den skillnad som finns mellan åldersgrupperna. Den stora skillnaden visas i de psykiska indikatorerna, särskilt trötthet. Långvarig sjukdom samt dålig hälsa är vanligare i den äldre än i den yngre åldersgruppen. Andelen med trötthet är däremot betydligt högre i den yngre än i den äldre gruppen av dem med 0–29 sjukpenningdagar. Även ängslan/oro är vanligare i den yngre gruppen. En förklaring till skillnaderna i gruppen med färre sjukskrivningsdagar kan vara att många äldre med sjukdom är långtidssjukskrivna eller har fått sjukersättning och finns i gruppen med mer än 29 sjukpenningdagar under ett år eller inte är kvar på arbetsmarknaden. Den grupp som återfinns bland äldre personer med mindre omfattande sjukskrivning kan således vara en selekterad grupp anställda som är relativt friska alternativt har arbeten i icke riskfyllda miljöer.

Socioekonomiska grupper

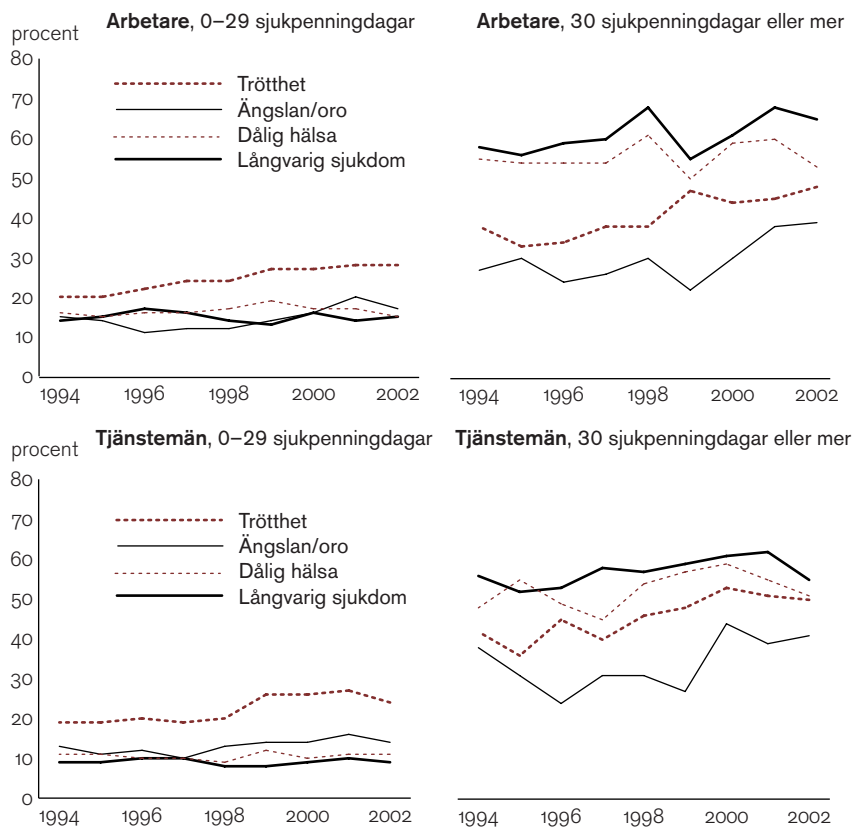
Sjukdomsriskerna brukar, med få undantag, vara högre bland arbetare än bland tjänstemän. Resultatet visar även här att arbetare (icke yrkesutbildade och yrkesutbildade) har något sämre hälsa än tjänstemän (lägre, mellan- och högre tjänstemän), men hälsoutvecklingen 1994–2002 var ungefär densamma bland arbetare och tjänstemän med mindre omfattande sjukskrivning, figur 2.6. Trötthet var det hälsotillstånd som ökade över åren i båda socioekonomiska grupperna men ökningen var störst bland arbetare. Vid omfattande sjukskrivning visar sig större skillnad mellan de socioekonomiska grupperna än vid 0–29 sjukpenningdagar.

Bland arbetare med mindre omfattande sjukskrivning är det små variationer perioden 1994–2002 med omkring 15 procent som uppger sämre hälsotillstånd. Andelen med trötthet har ökat över åren med cirka tio procentenheter både bland arbetare med mindre och mer omfattande sjukskrivning. Bland arbetare med mer än 29 sjukpenningdagar under ett år kan vi se variationer över åren men även en ökning av ohälsotillstånden från 1994 till 2002. Det är endast tillståndet sämre än god hälsa som inte visat någon ökning bland personer med omfattande sjukskrivning.

Andelen med långvarig sjukdom är högre bland arbetare än bland tjänstemän medan andelen som uppger de övriga tillstånden är ungefär lika år 2002.

Bland tjänstemän är det endast andelen med trötthet som ökat något både bland dem med mindre och mer omfattande sjukskrivning, figur 2.6.

Andelen med dålig hälsa, långvarig sjukdom och ängslan/oro är något högre bland arbetare än bland tjänstemän i gruppen med mindre omfattande sjukskrivning. I båda grupperna har trötthet ökat oroväckande, bland arbetare med små årliga ökningarna medan ökningen främst skedde mellan 1998–99 bland tjänstemän. Den största skillnaden mellan de socioekonomiska



Figur 2.6. Förändringen 1994–2002 av andelen arbetare och tjänstemän med 0–29 sjukpenningdagar respektive mer än 29 sjukpenningdagar under intervjuåret vilka uppgett långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga, sämre än god självskattad hälsa, trötthet och/eller ängslan/oro.

grupperna är bland personer med omfattande sjukskrivning där arbetarna har cirka tio procentenheter högre andel långvarig sjukdom.

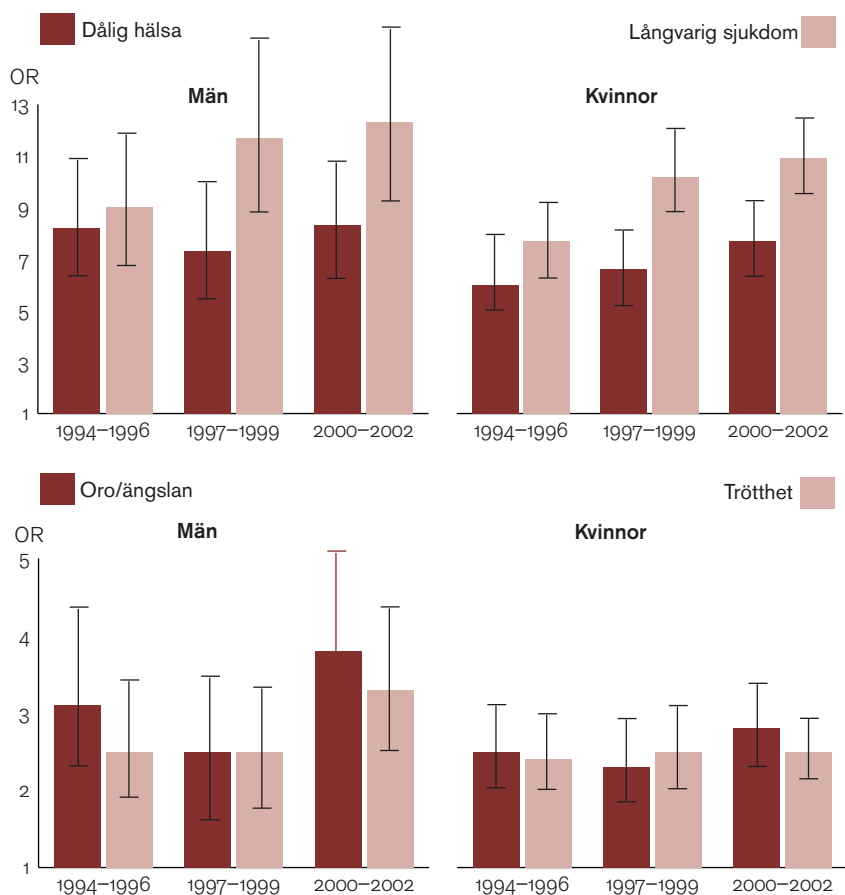
Sammanfattningsvis är det små förändringar i gruppen med mindre omfattande sjukskrivning när det gäller långvarig sjukdom och sämre än god hälsa. Utvecklingen har varit lika oavsett kön, ålder, socioekonomisk grupp men andelen har varit något högre bland kvinnor, i den äldre åldersgruppen och bland arbetare. Den stora förändringen är den negativa utvecklingen av andelen med trötthet även om resultatet indikerar att en minskning kan vara på gång, utom bland arbetare.

Förändras risken för sjukskrivning 1994–2002?

De besvär som ökat mest i befolkningen är således psykiska besvär. De psykiska diagnoserna har ökat mest som sjukskrivningsorsak. I denna studie har vi således använt trötthet och ångslan/oro som indikatorer på psykisk ohälsa. Eftersom våra data är tvärsnitt så kan vi inte säga något om sambandets riktning men se förändringar i sambandet över tid. Är det lika stor risk för människor med ett visst hälsotillstånd att bli sjukskrivna i mitten av 1990-talet som i början av 2000? I figur 2.7 visas den högre risk som finns bland män och kvinnor för att vid långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga respektive tillstånd av sämre än god hälsa ha mer än 29 sjukpenningdagar under ett år. Med hjälp av regressionsmodeller skattas risken med oddskvoten (OR), det vill säga värdet för den relativa sjukskrivningsrisken för personer med ohälsa i jämförelse med personer utan det tillstånd på ohälsa som mäts. Precisionen beräknas med ett 95-procentigt konfidsintervall (KI), det vill säga inom detta intervall finns det verkliga värdet med 95 procent sannolikhet. Eftersom ålder och socioekonomisk grupp har stor betydelse för sjukdom och för längre sjukskrivningstid tar vi hänsyn till dessa faktorer. Figur 2.7 visar således risken för sjukskrivning bland män och kvinnor kontrollerat för ålder och socioekonomisk grupp.

Trots relativt stor ökning av överrisken mellan åren är inga förändringar mellan åren signifikanta. Detsamma gäller skillnaden mellan män och kvinnor. Gruppen sjukskrivna mer än 29 dagar är inte tillräckligt stor för att skillnaderna ska bli statistiskt säkerställda. Det visar sig att överrisken för sjukskrivning bland män och kvinnor som har långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga har ökat. Bland personer som uppger att deras hälsa inte är bra finns en ökning mellan de två senare perioderna. Överrisken för sjukskrivning är högre bland män med långvarig sjukdom än bland kvinnor.

När det gäller de psykiska indikatorerna trötthet och oro/ängslan är det, trots den kraftiga ökningen som sjukskrivningsdiagnos, betydligt mindre överrisk för sjukskrivning jämfört med den som finns för personer med långvarig sjukdom och sämre än god hälsa. Effekten av ålder och socioekonomisk grupp har vi tagit hänsyn till i figur 2.7. Antal personer som har mer



Figur 2.7. Risken (OR) för mer än 29 sjukpenningdagar under ett år bland män och kvinnor 1994–2002, kontrollerat för ålder och socioekonomisk grupp. Jämförelsegrupp är personer utan det sämre hälsotillståndet (OR = 1), (KI 95 procent).

än 29 sjukpenningdagar och trötthet eller oro/ängslan är inte tillräckligt stort i urvalet för att resultatet ska kunna visa statistisk säkerhet.

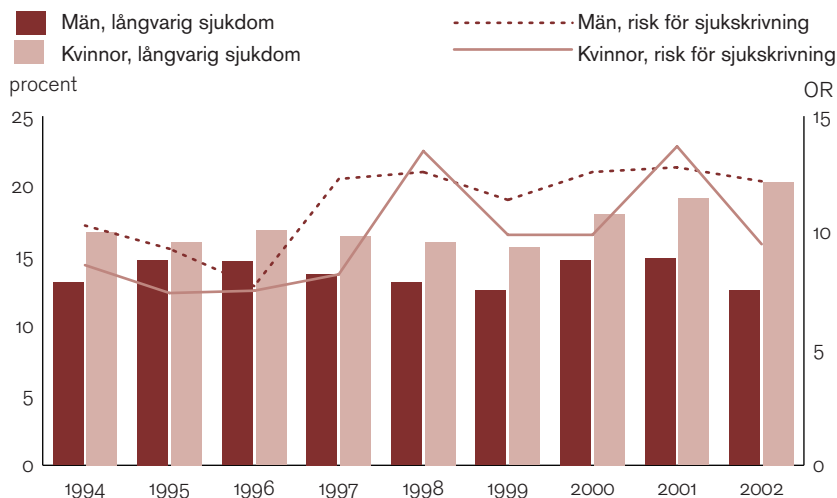
En något högre överrisk för sjukskrivning vid ängslan/oro bland kvinnor kan ses den senaste perioden men ingen trend över åren. Bland män har en kraftig ökning av risken för sjukskrivning vid trötthet och ängslan/oro skett den senaste perioden. Med den sammanslagning av år till tre mättider som var nödvändig för att öka den statistiska säkerheten är det svårt att se några tydliga trender.

Som vi tidigare visat finns skillnader i hälsoutveckling mellan män och kvinnor, åldersgrupper och socioekonomisk tillhörighet. De visar sig också påverka risken för sjukskrivning men effekten av ålder och socioekonomisk grupp är inte signifikant något år eller för något av hälsotillstånden. Detta beror delvis på att materialet inte är stort nog för att uppnå tillräckligt antal med de specifika faktorerna. Den viktigaste anledningen är dock att dessa faktorer inte förklarar särskilt mycket av risken för sjukskrivning och den förändring mellan åren som kan ses. Risken för sjukskrivning kan naturligtvis även påverkas av fysiskt och psykiskt ansträngande arbetsförhållanden samt sociala förhållanden (ekonomiska svårigheter och ensamboende). Kontrollerat för arbetsförhållanden och sociala förhållanden minskar överrisken för sjukskrivning vid långvarig sjukdom respektive trötthet, men endast bland män perioden 2000–02.

Trots att det inte går att statistiskt säkerställa överrisken för sjukskrivning vid trötthet respektive oro/ängslan vill vi ändå ta upp resultatet då det uppvisar ett något annorlunda mönster (ej visat i figur). Risken blir vid dessa hälsotillstånd högre när man tar hänsyn till ålder och socioekonomisk grupp. Det innebär att bland dem som uppger trötthet respektive oro/ängslan är risken högre för sjukskrivning i den yngre åldersgruppen än den äldre. Bland dem som uppgett någon av dessa psykiska indikatorer är risken för sjukskrivning inte heller högre bland arbetare än tjänstemän vilket är fallet för långvarig sjukdom och sämre än god hälsa.

När man ser på hälsan år från år finns inte någon tydlig trend mot högre överrisk för sjukskrivning vid olika hälsotillstånd med undantag av långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga bland män, figur 2.8. Någon motsvarande ökning i andelen med långvarig sjukdom kan inte ses. Bland kvinnor är förhållandet det motsatta med ökad andel med långvarig sjukdom men inte ökad överrisk över åren

För de övriga hälsotillstånden (sämre än god hälsa, trötthet, oro/ängslan) finns inte samma mönster i sjukskrivningsrisk som i förändringar av respek-



Figur 2.8. Andelen män och kvinnor med långvarig sjukdom samt risken (OR) för sjukskrivning mer än 29 dagar vid detta hälsotillstånd.

tive hälsotillstånd. Bland både män och kvinnor finns en högre andel som uppger trötthet efter 1998, men mönstret återfinns inte i risken för sjukskrivning.

Diskussion

Det finns, som vi nämnt i avsnittet om materialet, åtskilliga svårigheter att studera förändringar i hälsotillstånd och sjukskrivningsutveckling. Materialets tillkortakommande ger åtskilliga tolkningssvårigheter av resultatet. Den största felkällan är sjukskrivningslängd. Data från Riksförsäkringsverket innehåller endast antal dagar per år och inte antal sjukskrivningstillfällen under året, vilket innebär att sjukskrivning 30 dagar eller mer kan vara flera korta sjukfall. År 1997 samt första kvartalet 1998 är perioden med sjuklön 28 dagar vilket skulle kunna påverka resultatet genom att de faktiska sjukskrivningsdagarna kan vara 14 dagar längre i gruppen med kortare sjukskrivning, vilket skulle kunna leda till en utspädningseffekt. Det finns dock inget i resultatet som tyder på någon speciell förändring endast för 1997.

Materialet, som beskrivits under metodavsnittet, är ett urval på cirka 7 500 personer intervjuade varje år. I studien begränsas urvalet till anställda 25–64 år och andelen bland dessa som uppger att de har dålig hälsa eller

långvarig sjukdom är omkring 15–20 procent. Detta har inneburit svårigheter att uppnå statistiskt säkerhetsställda resultat och kan vara en förklaring till att arbetsmiljöfaktorer och sociala förhållanden inte tycks påverka risken för sjukskrivning vid de olika hälsotillstånden. Med dessa förbehåll vill vi ändå ta upp och diskutera de mönster i resultaten som trots allt kan betraktas som tillräckligt säkra eller intressanta.

Överrisken för sjukskrivning är den risk som personer med ett visst hälsotillstånd har i jämförelse med den risk personer utan detta tillstånd har. Det innebär att den relativa risken inte bara påverkas av gruppen med ohälsa utan även av gruppen som uppger att de inte har någon ohälsa. Eftersom datamaterialet öppnar för att 30 sjukpenningdagar lika väl kan vara flera korta sjukskrivningar med enklare åkommor som förkylning, kan många sjukdagar i dessa ”friskgrupper” förklara skillnaden mellan män och kvinnor i den relativa risken för längre sjukskrivning. Om kvinnor utan långvarig sjukdom eller annan uppgiven ohälsa i högre grad än män utan dessa tillstånd har flera korta fall som tillsammans blir 30 sjukpenningdagar minskar den relativa risken för sjukskrivning bland kvinnor med långvarig sjukdom jämfört med män. En annan tolkning kan vara att män jämfört med kvinnor utan rapporterad ohälsa har större möjlighet att arbeta när de drabbas av exempelvis influensa alternativt att de har mindre möjligheter att arbeta med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan. Dessa tolkningar behöver studeras vidare för att kunna få ett svar.

Andelen intervjuade som uppger de olika hälsotillstånden är relativt lika över åren. Andelen män och kvinnor med trötthet ligger på en högre nivå efter 1998 och bland kvinnor syns en svag ökning av långvarig sjukdom. Inget av sjukdomstillstånden följer de snabba upp- och nedgångarna i risk för sjukskrivning. Detta kvarstod efter att hänsyn tagits till ålder och socioekonomisk grupp och – även om resultaten är osäkra – det syntes liten skillnad i risk för sjukskrivning bland män och ingen skillnad i risken bland kvinnor efter att vi tagit hänsyn till fysiskt och psykiskt ansträngande arbete respektive sociala förhållanden. Psykiskt ansträngande förhållanden är inte detsamma som att ha höga krav och låg kontroll. Den psykosociala arbetsmiljön kan i sjukskrivningsutvecklingen ha en större effekt än de arbetsförhållanden vi här mäter.

Resultaten visar två förändringar som skett under åren och som bör lyftas fram. De indikerar att det blivit svårare att arbeta med långvarig sjukdom som begränsar arbetsförmågan de senare åren. Överrisken för sjuk-

skrivning är störst bland män med långvarig sjukdom. En delförklaring kan finnas i ökad fysisk belastning i arbetet mellan 1995–2001 bland manliga facklärdare arbetare enligt analyser av Arbetsmiljöundersökningen (Backhans 2004).

Den andra förändringen är den ökande andelen yngre med trötthet både bland dem med 0–29 sjukpenningdagar och mer än 29 dagar. De har inte högre risk för sjukskrivning 2002 än 1994 i studien, men trötthet kan vara ett tillstånd som på sikt utvecklas till ett sjukdomstillstånd och sjukskrivning (Theorell 2004). Den farhågan är illustrerad i figur 2.3 med kurvan över sjukpenningdagar och andelen som uppgett trötthet.

Eftersom materialet är tvärsnittsstudier kan vi inte bedöma om det finns någon tidsförskjutning mellan hälsotillstånd och sjukskrivning. Ett dåligt hälsotillstånd kanske inte leder till sjukskrivning förrän efter en längre tid av försämrad hälsa och kommer då inte med i tvärsnittet samma år. Här kan således finnas ett samband som studien inte fångar.

Referenser

- Backhans M (2004) (manuskript) i Lundberg I, Hemmingsson T & Hogstedt C (red) "WINNER-projektet".
- Hallsten L, Lundberg I & Waldenström K (2004) "Lågt psykiskt välbefinnande – utvecklingstendenser på och utanför arbetsmarknaden" s 151–172 i Gustafsson R Å & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket och Liber idéförslag.
- Nilsson P & Orth-Gomér K (red) (2000) *Self-rated health in a European perspective*. Stockholm: Forskningsrådsnämnden.
- RFV (2005) *Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män?* RFV redovisar 2004:5, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- SBU (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. SBU 2003:167, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SOU 2002:62 *Kunskapsläge sjukförsäkringen. Delbetänkande av utredningen om analys av hälsa och arbete*. Stockholm: Fritzes.
- Theorell T (2004) "Stressmekanismer och sjukskrivning" s 255–278 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. R 2004:15, Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

3.

Alkohol och sjukskrivning

– analyser på individ- och befolkningsnivå

Ulrika Boman, Håkan Leifman, Thor Norström och Anders Romelsjö

VARFÖR HAR Sjukfrånvaron ökat så kraftigt sedan slutet av 1990-talet? Denna fråga har varit föremål för intensiv forskning och debatt under de senaste åren. Ofta har förklaringarna till de senaste årens kraftiga ökning av sjukskrivningarna sökts i omständigheter som är helt specifika för den aktuella perioden, till exempel en ökad rollkonflikt för individen visavi arbete och familj. Även om de senaste årens utveckling är dramatisk så kännetecknas sjukskrivningen i ett längre perspektiv just av stora variationer, med kraftiga upp- och nedgångar. Det finns därför skäl att först undersöka förklaringsvärdet hos mer generella bestämningsfaktorer, vilkas inverkan inte är begränsade till en viss tidsperiod, innan man söker förklaringar som är specifika för den aktuella utvecklingen.

En sådan mer generell faktor är alkohol, som också uppvisat en stark ökning sedan slutet av 1990-talet. Det finns skäl att förvänta sig en koppling mellan alkohol och sjukfrånvaro. Medicinsk och epidemiologisk forskning visar att storkonsumtion av alkohol ger upphov till en rad hälsoskador av både akut (till exempel olyckor) och kroniskt slag (till exempel skador i lever och bukspottkörtel). Men är en storkonsument också mer sjukskriven än en person med lägre alkoholkonsumtion? Leder en ökad totalkonsumtion till ökad sjukfrånvaro? Syftet med detta kapitel är att empiriskt belysa dessa frågor.

I kapitlets första del analyseras data på individnivå om sjukskrivning och alkohol. För denna del svarar Ulrika Boman tillsammans med Håkan Leifman och Thor Norström. Ett urval långtidssjukskrivna jämförs med ett urval från normalbefolkningen. Data är insamlade via postenkät och inkluderar uppgifter om en rad faktorer som kan tänkas hänga samman med sjukskrivning, däribland alkoholkonsumtion och alkoholproblem. Förutom sambandet mellan alkohol och sjukskrivningsrisk analyseras även frågan om det kan finnas ett samband i motsatt riktning; det vill säga om sjukskrivning ökar risken för storkonsumtion.

En sund strategi i all forskning är att belysa frågeställningar med olika typer av data och analysmetoder. Olika ansatser har brister och förtjänster, men genom triangulering av resultat utvunna på olika sätt vilar slutsatserna på en bredare grund. En metodologisk komplikation vid analyser av individnivådata är problemet med selektionseffekter. I det aktuella fallet skulle detta problem kunna manifesteras på så sätt att ett funnet samband mellan alkohol och sjukskrivning beror på någon gemensam bakomliggande individfaktor (exempelvis depression) som man inte lyckats kontrollera för.

I kapitlets andra del används sålunda aggregerade data för att med hjälp av tidsserieanalys skatta sambandet mellan totalkonsumtionen av alkohol och olika indikatorer på sjukfrånvaro. Analyserna har genomförts av Thor Norström. Även denna typ av analyser rymmer naturligtvis metodologiska problem, till exempel risken för skensamband. Denna risk minimeras dock genom att vi rensat bort alla trender från serierna genom så kallad differentiering; det är alltså förändringar från en tidpunkt till en annan snarare än trender som analyseras. Den tidsperiod som studeras är åren 1935–2002. På basis av resultaten görs även projektioner av hur stor betydelse alkoholfaktorn kan ha haft för de senaste årens ökning av sjukfrånvaron.

Del 1. Samband mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning: Analyser på individnivå

Det finns flera skäl att förvänta sig ett samband på individnivå mellan alkohol och sjukskrivning. Alkoholens betydelse som riskfaktor för såväl akuta som kroniska medicinska och sociala problem och sjukdomar är ett empiriskt väl belagt faktum (se exempelvis Edwards m fl 1994). Akuta effekter av tillfällig storkonsumtion (bakrus), kan inverka på arbetsförmågan och därmed ökar risken för kortidssjukskrivning. Effekter av mer kroniskt missbruk i form av ökad risk för en lång rad somatiska och psykiatriska sjukdomar kan vara grund för även längre sjukskrivningar. Flera studier visar också på en förhöjd sjukskrivning bland storkonsumenter jämfört med personer med måttligt alkoholintag (Marmot m fl 1993; Upmark m fl 1999; Vahtera m fl 2002; Vasse m fl 1998).

Då hög alkoholkonsumtion och berusningsdrickande i hög utsträckning innebär ökade risker för olika sociala och medicinska problem kan man ställa sig frågan om det finns en motsvarande koppling mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro. Slår alkoholens negativa hälsomässiga implikationer igenom även i en ökad sjukfrånvaro, det vill säga finns det ett samband som går från alkohol till sjukskrivning?

Det är även tänkbart att det finns ett samband i den omvända riktningen så att sjukskrivning i sig kan medföra en ökad risk för konsumtionsökningar eller för utvecklandet av alkoholproblem. Om ett sådant samband finns är de senaste årens kraftiga ökning av antalet sjukskrivningar högst oroväckande. I föreliggande studie kommer sambanden mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning i båda dessa riktningar att studeras. Fokus kommer att ligga på kopplingen mellan alkohol och *långtidssjukskrivningar*. Med långtidssjukskrivning menas här en sjukskrivningsperiod om cirka fyra till fem månader. Mer preciserat kommer följande frågeställningar att belysas:

- 1) Har personer med alkoholproblem en ökad risk att bli långtidssjukskrivna?
- 2) Leder långtidssjukskrivning till ökad alkoholkonsumtion?

Det kan även vara intressant att titta närmare på vad som kännetecknar långtidssjukskrivna män och kvinnor med alkoholproblem. Gruppen långtidssjukskrivna inrymmer personer med vitt skilda diagnoser, som också skil-

jer sig åt beträffande en mängd andra förhållanden. Är till exempel alkoholproblematiker överrepresenterade i vissa diagnosgrupper eller i vissa åldersgrupper? Finns det några skillnader mellan sjukskrivna som har familj eller sambo och de som inte lever i en nära relation? För att få svar på frågor av detta slag kommer även följande frågeställning att belysas i denna undersökning:

- 3) Vad utmärker långtidssjukskrivna män och kvinnor med alkoholproblem?

Studien baseras på data från ”Undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning” (RFV-HALS), som genomfördes av Riksförsäkringsverket med början under våren 2002. Statens folkhälsoinstitut och Riksförsäkringsverket står för finansiering av studien.

Forskning om alkoholkonsumtionens inverkan på sjukskrivning

I en prospektiv svensk studie analyserades sambandet mellan alkoholvanor och risken för senare sjukskrivning bland personer i 20–52 års ålder i fyra primärvårdsområden i Stockholms län (Upmark m fl 1999). Data om undersökningsspersonernas alkoholvanor härrörde från den folkhälsoenkät som genomfördes 1984 i Stockholms län och till detta kopplades data från Riksförsäkringsverket om sjukfrånvaron under en sjuårig uppföljningsperiod. Resultaten visade att manliga och kvinnliga högkonsumenter hade högre genomsnittligt antal sjukdagar vid såväl basåret som under uppföljningsperioden samt högre relativ risk att under undersökningens tre sista år ha haft minst 60 sjukpenningdagar i snitt per år jämfört med låg- och normalkonsumenter. Likaså hade ickekonsumenter en högre risk än låg- och mellankonsumenter. Förutom konsumtionsmängd användes även i denna undersökning en indikator på alkoholproblem baserad på CAGE (se nedan). En stark indikation på alkoholproblem enligt detta mått visade sig öka risken (dock ej statistiskt säkerställt i multivariat analys) för att ha minst 60 sjukpenningdagar i snitt per år.

I en engelsk longitudinell studie bland statsanställda i London studerades sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning. I undersökningen användes både ett mått på korttidsfrånvaro (högst sju dagar) och ett på långtidsfrånvaro (mer än sju dagars sjukfrånvaro). I denna studie framkom bland män ett U-format samband mellan dryckesfrekvens och korttidsfrånvaro. Män som vid undersökningsperiodens början uppgav att de aldrig

drack alkohol och de som drack alkohol flera gånger per dag hade fler korta sjukskrivningsperioder än övriga konsumtionsgrupper under en uppföljningsperiod. Bland kvinnor hade de som aldrig drack alkohol en högre förekomst av såväl korttids- som långtidsfrånvaro jämfört med övriga konsumtionsgrupper (Marmot m fl 1993). Även då man kontrollerat för andra förklaringsfaktorer i form av bland annat hälsotillståndet vid undersökningens början och rökning kvarstod dessa samband.

I ytterligare en engelsk studie studerades bland annat sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro i en grupp högre statsanställda tjänstemän i London (Jenkins 1986). I denna undersökning intervjuades de anställda vid ett tillfälle bland annat om sin alkoholkonsumtion och data om individernas sjukfrånvaro fanns både retrospektivt och prospektivt, det vill säga från året innan intervjun gjordes då alkoholkonsumtionen fastställdes, och året efter. Personer i den högsta konsumtionsgruppen (kvantifierat utifrån den senaste veckans alkoholkonsumtion) hade både fler och längre sjukfrånvaroperioder än de som drack mindre kvantiteter, vilket gällde såväl retrospektiva som prospektiva sjukskrivningsdata. Då sjukskrivningarna hänförde sig till året efter intervjun (prospektiva sjukskrivningsdata) framkom även att nykterister hade både fler och längre sjukskrivningsperioder än måttlighetskonsumenter.

Vahtera och medarbetare (2002) studerade sambandet mellan sjukfrånvaro och alkoholintag bland kommunalanställda män och kvinnor i Finland. I denna studie framkom ett U-format samband mellan genomsnittligt alkoholintag per vecka och antal sjukskrivningsperioder om minst tre dagar under en efterföljande period om fyra år. I studien kontrollerades förutom för demografiska och socioekonomiska variabler även för en mängd beteendemässiga, biologiska och psykosociala riskfaktorer. Nykterister liksom högkonsumenter hade en signifikant högre sjukskrivningsfrekvens jämfört med måttlighetskonsumenter.

Hermansson och medarbetare (2002) genomförde en undersökning av anställdas sjukfrånvaro på ett stort företag inom transportsektorn i Sverige. I samband med en hälsoundersökning fick de anställda en förfrågan om att delta i en alkoholscreening. I screeningtestet användes dels ett frågeformulär med frågor om den anställdes alkoholkonsumtion och förekomst av problem eller besvär relaterade till alkoholkonsumtionen, dels en biologisk markör framtagen genom ett blodprov. Data om den anställdas sjukfrånvaro under tolv månadersperioden närmast före screeningtillfället erhöles

genom företagets lönesystem. Resultaten av denna studie visade att anställda med indikation på riskkonsumtion av alkohol hade signifikant fler sjukdagar året närmast före screeningtillfället. För den biologiska markören framkom inga skillnader i sjukfrånvaro mellan dem som klassificerats som riskkonsumenter och övriga.

I flera studier framkommer således att personer med högt alkoholintag och/eller med indikation på alkoholproblem har en ökad risk för sjukskrivning och förtidspension jämfört med måttlighetskonsumenter. Samtidigt föreligger – om man ser till hela konsumtionsskalan och även inkluderar icke-konsumenter i analyserna – ett U-format samband vilket innebär att även de som inte dricker alkohol alls har en högre risk för sjukskrivning och förtidspension än måttlighetskonsumenter. Detta U-formade samband är vetenskapligt väl belagt även vad gäller andra samband mellan alkoholvanor och olika typer av indikation på ohälsa, exempelvis sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärl sjukdom.

Hur detta U-samband, där alltså måttlighetskonsumenter har en lägre risk för hjärt-kärlsjukdom än de som inte dricker alkohol alls, ska tolkas i termer av alkoholeffekter är inte helt okontroversiellt. Den dominerande tolkningen är att sambandet är ett uttryck för att ett måttligt alkoholintag har en skyddande kardiovaskulär effekt genom att alkoholen direkt inverkar på den biokemiska strukturen ifråga om kolesterolnivåer i blodet och så vidare.

En annan möjlig förklaring som förts fram är att sambandet istället reflekterar en selektering av individer med särskilt utsatt hälsa eller med andra avvikande karaktäristiska till nykteristgruppen. Flera studier har påvisat att så verkar vara fallet. Nykterister som grupp har exempelvis lägre utbildning, mindre socialt umgänge och är överhuvudtaget socialt sett sämre integrerade, har en högre andel fysiskt inaktiva samt en betydligt högre andel med psykisk ohälsa (Backhans & Leifman 2001; Leifman m fl 1995). I nykteristgruppen kan även före detta alkoholister tänkas ingå och därmed bidra till en överskattning av ickekonsumenternas sjukdomsrisker om man inte kontrollerar för detta. Även med statistisk kontroll av sådana faktorer kvarstår en skyddseffekt av låg och måttlig alkoholkonsumtion i flera studier.

Effekter av sjukskrivning på alkoholkonsumtion

Det är även tänkbart med ett omvänt samband, där sjukskrivning i sig kan ha konsekvenser för en persons alkoholkonsumtion. Rent allmänt förefaller det finnas tämligen stora kunskapsluckor vad gäller olika konsekvenser av

sjukskrivning (SBU 2003), och få studier har mer specifikt analyserat effekter av sjukskrivning eller förtidspension på alkoholkonsumtion. Det har också framhållits att det rent metodologiskt kan vara svårt att skilja på konsekvenser av den sjukdom eller skada som ligger till grund för sjukskrivningen och på konsekvenser som härrör av själva det faktum att individen är sjukskriven.

Det är inte alls självklart på vilket sätt sjukskrivning skulle kunna tänkas inverka på en persons alkoholkonsumtion. Både oförändrad, minskat och ökat intag av alkohol förefaller vara rimliga konsekvenser. En minskning av alkoholkonsumtionen skulle exempelvis kunna ske som en följd av en försämrad ekonomisk situation under sjukskrivningstiden. I en nyligen genomförd undersökning av långtidssjukskrivna personer framkom att hela 80 procent rapporterade att sjukskrivningen haft en negativ inverkan på ekonomin (Floderus m fl 2003). Andra faktorer än de rent ekonomiska kan emellertid också verka återhållande på alkoholkonsumtionen. Studier har visat att alkoholkonsumtion för vissa individer kan vara ett sätt att hantera olika typer av stress, däribland arbetsrelaterad stress (Pohorecky 1991). En person som ofta använder alkohol för att varva ner efter en stressfylld dag på arbetet, kan således uppleva ett minskat behov av alkohol under en sjukskrivningsperiod. Dessutom kan vissa sjukdomstillstånd vara av sådant slag att en naturlig konsekvens blir ett reducerat intag av alkohol eller till och med helnykterhet.

Andra faktorer skulle emellertid kunna verka i motsatt riktning, det vill säga medföra att alkoholkonsumtionen ökar under sjukskrivningen. Eftersom arbetet har en så stor identitetsskapande funktion i vårt samhälle, och då arbetet för många står för en stor del av den sociala samvaron, kan sjukskrivning få negativa konsekvenser för individen i form av leda, isolering, inaktivitet och nedstämdhet. Att ta till flaskan kan kanske för vissa bli ett sätt att handskas med sådana känslor och sinnestämningar. För personer som redan innan sjukskrivningen haft alkoholproblem, oavsett om detta är den primära orsaken till sjukskrivningen eller inte, kan givetvis också det faktum att de i och med sjukskrivningen inte ställs inför samma krav på nykterhet i det dagliga livet som ett arbete innebär, bidra till att ytterligare förvärra alkoholproblemen.

Datamaterial

Studien baseras på data från RFV-HALS, vilket är en enkätundersökning genomförd av Riksförsäkringsverket vid två undersökningstillfällen, i maj

2002 och i mars 2003. Data kommer från två urval, dels ett *sjukskrivningsurval*, som bestod av cirka 10 800 slumpmässigt valda individer i åldern 20–64 år som påbörjade en ny sjukskrivningsperiod under tiden 14–27 januari 2002 och som var sjukskrivna minst 15 dagar, dels ett *befolkningsurval*, som bestod av cirka 5 000 slumpmässigt valda personer i åldersgruppen 20–64 år dragna ur befolkningsregistret (för en utförligare beskrivning av RFV–HALS, se Eklund m fl 2002).

De data som används i undersökningen härrör dels från de båda enkäter som respondenterna fick besvara vid de två undersökningstillfällena, dels från Försäkringskassans sjukfallsakter (bland annat data om diagnos och sjukfallslängd för det sjukfall som påbörjades i januari 2002). I enkäterna ställdes bland annat frågor om demografiska förhållanden, frågor om sjukdom och hälsa, frågor som rörde individens arbetsförhållande samt även livsstilsrelaterade frågor såsom frågor om rökvanor, alkoholkonsumtion och bruk av läkemedel. Med undantag för vissa sjukskrivningsfrågor, som enbart ställdes till sjukskrivningsurvalet, fick båda urvalen identiska frågor.

Alkoholproblem

I enkäterna 2002 och 2003 ställdes flera frågor vilka tillsammans ger en indikation på förekomsten av alkoholproblem hos individerna. Följande frågor användes:

- Har Du under det senaste året känt att Du borde dra ner på Din alkoholkonsumtion?
- Har Du under det senaste året blivit irriterad på någon som klagat på eller oroat sig för Ditt drickande?
- Har Du under det senaste året känt skuld på grund av Ditt drickande?
- Har Du under det senaste året druckit dagen efter för att lugna nerverna eller lindra baksmälla?
- Har Du under de senaste fem åren fått behandling för alkoholproblem (exempelvis rådgivning, behandlingshem, avgiftning, antabus) eller besökt AA eller länkarna?

Till var och en av de fyra frågor som relaterar till alkoholproblem det senaste året hörde svarsalternativen "Nej", "Ja någon gång" och "Ja ofta" vilket kodades så att "Nej" gavs värde 1, "Ja, någon gång" värde 2 och "Ja, ofta" värde 3. Behandlingsfrågan besvarades med "nej" eller "ja", vilket kodades 1 (nej) och 3 (ja).

För att besvara frågeställningen om alkoholproblem är en riskfaktor för långtidssjukskrivning skapades ett index över alkoholproblem genom en summering av dessa fem frågor. För att närmare studera den underliggande strukturen i den summerade skalan genomfördes en faktoranalys. Resultatet av denna gav 1 faktor, vilket tyder på begreppsmässig endimensionalitet i skalan. Utifrån de faktorladdningar som framkom viktades frågorna, varefter de adderades till en skala som varierade mellan 3,76 och 11,28. Skalan justerades därefter till att gå från 1 till 3, det vill säga en kontinuerlig skala från inga till stora alkoholproblem. Nykterister, det vill säga personer som har druckit mindre än ett glas alkohol, undantaget lättöl, under det senaste året, har integrerats i skalan och tilldelats värde 0. Detta innebär att alkoholproblemskalan således går mellan 0 och 3. Nykterister som uppger att de har fått behandling för alkoholproblem de senaste fem åren, det vill säga före detta alkoholproblematiser, har dock exkluderats ur analyserna (samanlagt 28 individer).

De fyra frågor som rör förekomsten av alkoholproblem under året närmast före undersökningstillfället utgör det så kallade CAGE-instrumentet. CAGE (en förkortning för Cut down, Annoyed, Guilty och Eye-opener) är ett screeninginstrument utarbetat för att framförallt inom primärvård och psykiatrisk öppenvård kunna ge en indikation om alkoholproblem hos en individ. Frågebatteriet är vetenskapligt utprövat (Mayfield m fl 1974) och har använts i tidigare studier som en indikator på alkoholproblem. I dessa studier har dock ofta svarsalternativen ”ja, ofta” och ”ja, någon gång” slagits ihop vilket givit en summerad skala från 0–4 poäng (0 poäng = svarat ”nej” på samtliga fyra frågor, 4 poäng = svarat ”ja, ofta” eller ”ja, någon gång” på samtliga fyra frågor). Måttet har i analyser vanligtvis använts tudelat i ”riskkonsumer alternativt alkoholproblematiser” och ”normalkonsumer”, där gränsvärdet för att klassificeras som riskkonsument satts till minst 2 poäng.

I denna undersökning används som indikator på alkoholproblem i några analyser dessa fyra CAGE-frågor, tudelade i riskkonsumer och normalkonsumer enligt definitionen ovan. Anledningen till detta är att det i vissa fall är just alkoholproblem i anslutning till undersökningstillfället (det vill säga året närmaste före) som varit av intresse att studera. Som nämnts ovan går information förlorad genom hopslagning av alternativen ”ja, ofta” och ”ja, någon gång”. Att detta ändå har gjorts motiveras framförallt av praktiska skäl; antalet alkoholproblematiser skulle helt enkelt annars bli för litet för meningsfulla analyser.

Kontrollvariabler

Det har tidigare nämnts att det kan vara viktigt att i multivariat analys ta hänsyn till olika förklaringsfaktorer som kan störa sambandet mellan alkohol och sjukskrivning. För att göra det krävs att en variabel är relaterad *både* till sjukskrivning och till alkoholvanor. Vid analys av alkoholproblemens roll för risken för sjukskrivning kontrolleras för inverkan av bland annat olika demografiska och socioekonomiska faktorer, liksom även för olika arbetsmiljöfaktorer och livsstils- och hälsomässiga faktorer som kan vara relevanta.

Ålder

Ålder kan vara en viktig variabel att kontrollera för vid studiet av sambandet mellan alkohol och sjukskrivning. För det första är ålder en av de individspecifika faktorer som starkast predicerar långtidssjukskrivning (Marklund 1995). Ju äldre en person är desto högre risk att denne ska bli långtidssjukskriven. Tidigare analyser av data från RFV-HALS visar också på en åldersmässig skevhet mellan de sjukskrivna (fallen) och normalbefolkningen (kontrollerna), där den förstnämnda gruppen i genomsnitt är äldre (Eklund m fl 2002).

För det andra framkommer ett tydligt samband mellan ålder och alkoholkonsumtion. Jämförs ett tvärsnitt av befolkningen framkommer att unga vuxna (i början av tjugårsåldern) konsumerar de högsta kvantiteterna och att konsumtionen på det stora hela därefter sjunker med stigande ålder (Leifman & Gustafsson 2003).

Utbildning

Utbildningsnivå kan ses som en indikator på en individs sociala klasstillhörighet. Även om utbildning inte kan likställas med begreppet social klass finns ändå ett starkt samband dem emellan. Sannolikheten att tillhöra klass I är ytterst liten om man enbart har grundskoleutbildning medan den tvärtom är hög för akademiskt utbildade personer (Jonsson 1988).

Ohälsa och sjuklighet är starkt relaterade till den sociala bakgrunden. Genomgående framkommer att arbetargrupper och lågutbildade har större sjukdomsrisker än högre tjänstemän eller högutbildade personer (se exempelvis Marmot m fl 1987; Socialstyrelsen 2001). Man kan således förvänta att sambandet mellan socialgrupp eller socioekonomisk status och sjukfrån-

varo följer samma mönster. Studier där effekten av utbildning på långtids-sjukskrivning studerats bekräftar detta antagande (Hemström 2002; Lidwall 2003; Marklund 1995). Lågutbildade personer har en högre risk för långtids-sjukskrivning jämfört med högre utbildade.

Vad gäller den sociala bakgrundens betydelse för skillnader i alkohol-konsumtion tyder mycket på att det totalt sett konsumeras större mängder i högre sociala skikt. Däremot tycks frekvensen intensivkonsumtionstillfällen (tillfällen då en stor mängd alkohol konsumeras på en och samma gång) vara högre bland lägre skikt (Leifman 1998). Andra studier har kommit till liknande slutsatser om skillnader i konsumtionsmönster i olika sociala skikt. Selin (1998) fann till exempel i en studie att akademiker drack alkohol oftare och i mindre mängder per tillfälle, medan lågutbildade drack mer sällan men större kvantiteter. Lundberg (1986) har i en litteraturgenomgång av sambandet mellan socialklass och alkoholbeteende funnit stöd för att arbetargrupper dricker mer per tillfälle men i gengäld mer sällan.

Inkomst

Inkomst är en annan indikator på den sociala klasstillhörigheten som använts som kontrollvariabel i denna studie. Då både utbildning och inkomst kan ses som indikatorer på social klasstillhörighet är de i viss mån korrelerade med varandra. Sambandet är dock långt ifrån perfekt och då de delvis kan fänga upp olika aspekter av den sociala tillhörigheten finns skäl att inkludera båda variablerna.

Civilstånd

En individs familjeförhållanden är en faktor som kan antas påverka risken för ohälsa och sjukdom, och därmed också risken för sjukskrivning. Ensamboende män och kvinnor utan barn i hushållet har till exempel klart högre risker att dö före 60 års ålder än sammanboende (Socialstyrelsen 2001). Enligt vissa studie framkommer ett mönster av att personer som lever utan partner är överrepresenterade bland sjukskrivna. Exempelvis fann Maste-kaasa (1990) att ensamstående män hade högre sjukfrånvaro än samboende män. Ensamstående män och kvinnor utan barn är också oftare än gifta eller sammanboende personer högkonsumenter av alkohol (Socialstyrelsen 2001).

Krav-kontroll/socialt stöd

Olika arbetsmiljöfaktorer kan tänkas ha stor inverkan på risken att bli sjukskriven. I analyserna har som kontrollvariabler två mått på den psykosociala arbetsmiljön inkluderats. Det första måttet bygger på Karaseks och Theorells (1990) så kallade krav-kontroll modell. Modellen har två dimensioner varav den ena utgörs av de psykologiska krav som individen ställs inför i arbetet och den andra av individens möjlighet till kontroll.¹ Kraven kan vara höga eller låga och kontrollutrymmet kan vara högt eller lågt. Kombinerar dessa båda dimensioner fås fyra olika grupper enligt följande; 1) *avspänt arbete* med låga krav och hög kontroll 2) *aktivt arbete* med höga krav och hög kontroll 3) *passivt arbete* med låga krav och låg kontroll samt 4) *spänt arbete* med höga krav och låg kontroll. Denna faktor har i den ovan nämnda studien visat sig vara en stark riskfaktor för långtidssjukskrivning, såtillvida att framförallt personer i spända arbeten löper en högre risk att bli långvarigt sjukskrivna.

Det andra måttet på den psykosociala arbetsmiljön som används i denna studie är graden av *socialt stöd* från kollegor och överordnade på arbetet. Även detta mått bygger på Karaseks och Theorells forskning om den psykosociala arbetsmiljöns betydelse för sjuklighet och sjukfrånvaro, och har i en tidigare studie av data från RFV-HALS visat sig ha betydelse för risken för att bli långvarigt sjukskriven (Lidwall 2003). Enligt denna framkommer att dåligt socialt stöd signifikant ökar risken för långtidssjukskrivning

Analysen av datamaterialet visar att även den psykosociala arbetsmiljön är kopplad till alkoholvanorna; personer med aktiva arbeten har i högre utsträckning indikation på alkoholproblem än personer i de andra tre kategorierna. Ser man till andelen nykterister är denna högst bland personer med spända arbeten. Även det sociala stödet korrelerar med alkoholvanorna; personer med lågt socialt stöd är i högre utsträckning alkoholproblematiserade än de med bra stöd.

Rökning

Rökning anses vanligtvis som en viktig faktor att kontrollera för vid studier av alkoholens effekter på ohälsa och sjukfrånvaro. Att rökning har stora

1. I enkäten har ett antal frågor ställts som rör dimensionerna krav respektive kontroll i arbetet. Utifrån dessa frågor har ett krav- respektive ett kontrollindex skapats.

negativa hälsomässiga konsekvenser för den enskilde individen är ställt utom allt tvivel. Tobaksrökning ökar risken, i vissa fall upp till 10–20 gånger, för ett förtiotal olika sjukdomar (Socialstyrelsen 2001). Att röka samt att tidigare ha rökt har visat sig vara vanligare bland långvarigt sjuka personer (Lidwall 2003; Marklund 1995). Samtidigt röker storkonsumenterna av alkohol mer än andra personer (Milagros m fl 2000).

Analysmetoder

Studiepopulation, studiedesign och analysmetod skiljer sig till viss del åt mellan de tre frågeställningar som behandlas i denna del. En kort beskrivning av var och en av de tre frågeställningarna vad gäller dessa aspekter görs därför nedan.

Har personer med alkoholproblem en ökad risk att bli långtidssjukskrivna?

Den första frågeställningen i denna undersökning belyses genom en fallkontroll ansats. Applicerad här innebär det att sjukskrivna personer jämförs med icke sjukskrivna personer med avseende på tidigare alkoholproblem, vilket betraktas som exponeringsfaktor. Fall i denna analys är personer i sjukskrivningsurvalet som vid tiden för det första enkättilfället, det vill säga i maj 2002, uppgav att de var heltidssjukskrivna, sammanlagt 1 703 individer. Merparten av dessa hade varit sjukskrivna sedan januari 2002 då urvalet drogs, vilket innebär en sjukskrivningslängd om cirka fyra till fem månader. Fallen i denna analys är således främst långtidssjukskrivna personer. Kontroller utgörs av icke sjukskrivna personer i befolkningsurvalet vid samma tillfälle, sammanlagt 2 762 individer.

För att skatta sambanden mellan exponering (alkoholproblem) och utfall (sjukskrivning) har logistisk regression använts. Denna teknik är särskilt lämplig när utfallsvariabeln endast antar två värden, det vill säga är dikotom. Sjukskrivning (det vill säga fall) respektive ej sjukskrivning (kontroller) utgör i detta fall den dikotoma utfallsvariabeln.

Den logistiska metoden skattar sambandet i form av oddskvoter, och de förklaringsvariabler som ingår i analysen kan antingen vara kategorivariabler eller kontinuerliga variabler. I denna analys har vi valt att använda alkoholskalan som en kontinuerlig variabel med gradvis ökade alkoholproblem. Mot bakgrund av vad som framkommit i tidigare studier finns skäl att anta att sambandet mellan alkohol och sjukskrivning snarare än att vara linjärt har formen av en kurva. För att ge bättre anpassning vid ett eventuellt kurv-

linjärt samband inkluderas i regressionerna en kvadrerad alkoholterm. Om det framkomna sambandet mellan alkoholproblem och risken för långtidssjukskrivning visar sig vara kurvlinjärt blir det vanskligt att redovisa ett sammanfattande, kvantifierat mått på effekten av alkoholproblem på sjukskrivningsrisken, eftersom effekten varierar med var på skalan man befinner sig. Sambandet åskådliggörs i sådant fall bäst i form av en graf.

De kontrollvariabler som används i analysen har konstruerats som kategorivariabler vars samband med sjukskrivning på ett enkelt sätt kan tolkas utifrån de framkomna oddskvoterna. Initialt redovisas bivariata analyser där enbart alkoholfaktorn medtagits. Analyserna görs separat för män och kvinnor. Eftersom det kan vara viktigt att beakta andra faktorer, redovisas även resultaten från en multivariat analys.

Leder långtidssjukskrivning till ökad alkoholkonsumtion?

Den andra frågeställningen i denna undersökning rör huruvida det finns ett samband som går från sjukskrivning till alkoholkonsumtion. Vid det andra undersökningstillfället i mars 2003 fick respondenterna redogöra för om alkoholkonsumtionen ökat, minskat eller om den var oförändrad sedan det första enkätstillfället i maj 2002. Det går således genom detta att se i vilken utsträckning långtidssjukskrivna personers alkoholkonsumtion förändrats under sjukskrivningsperioden, vilket sedan kan ställas mot konsumtionsförändringar bland en grupp individer som inte varit sjukskrivna under den aktuella perioden. Analyserna görs här inte separat för män och kvinnor på grund av det begränsade antalet långtidssjukskrivna personer.

Av det ursprungliga sjukskrivningsurvalet som drogs i januari 2002 var 538 personer fortfarande heltidssjukskrivna i mars 2003 då den uppföljande enkäten skickades ut. De hade således vid tiden för det andra enkätstillfället varit sjukskrivna i cirka 14 månader. För dessa individer gäller alltså att de varit sjukskrivna under *hela* den period som frågan om konsumtionsförändringen refererar till. Nära var fjärde person i denna grupp hade inte tryckt någon alkohol alls sedan maj 2002, och ingår inte. För att se om långtidssjukskrivna alkoholkonsumenter skiljer sig från icke sjukskrivna alkoholkonsumenter redovisas andelen i respektive grupp som uppgivit att de ökat eller minskat sin alkoholkonsumtion. Eventuella skillnader mellan grupperna har signifikanttestats genom en Chi-2 prövning.

Vad utmärker långtidssjukskrivna män och kvinnor med alkoholproblem?

I undersökningens tredje frågeställning jämförs långtidssjukskrivna alkoholkonsumenter utan alkoholproblem med långtidssjukskrivna alkoholproblematiker med avseende på ett antal faktorer. Analyserna grundas på de personer i sjukskrivningsurvalet som vid enkättillfället i maj 2002 uppgivit att de var heltidssjukskrivna, sammanlagt 1 703 stycken. Som nämnts ovan hade majoriteten (cirka 85 procent) av dessa varit sjukskrivna sedan i slutet av januari då urvalet drogs, vilket innebär att de vid enkättillfället varit sjukskrivna i cirka fyra till fem månader. I analyserna ingår endast alkoholkonsumenter.

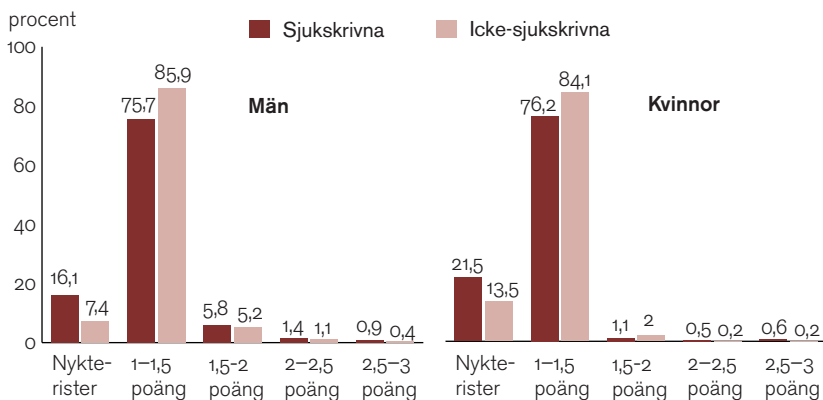
I ett första steg genomförs bivariata analyser i form av korstabeller där eventuella samband mellan alkoholproblem och olika faktorer studeras. De olika faktorerna har sorterats under tre huvudgrupper; bakgrundsförhållanden, hälsoförhållanden samt sociala förhållanden på arbete och i familjen, och redovisas i tabell 3.3.

I ett nästa steg genomförs en multivariat analys i form av en logistisk regression där de faktorer som i den bivariata analysen uppvisat signifikanta samband med alkoholproblem medtas. Vissa bakgrundsvariabler som ålder, utbildning och civilstånd medtas i den logistiska regressionen i kontrollsyfte oavsett resultaten av den bivariata analysen. Genom detta prövas om sambanden kvarstår när andra faktorer medtas i analysen. Den logistiska tekniken motiveras av att den beroende variabeln är dikotom; alkoholproblem eller ej indikation på alkoholproblem. I denna analys används en tudelad CAGE-skala för att särskilja alkoholproblematiker från alkoholkonsumenter utan indikation på problemkonsumtion, där gränsvärdet för att klassificeras som alkoholproblematiker satts vid 2 poäng på den ursprungliga 4-gradiga CAGE-skalan.

Resultat

Har personer med alkoholproblem en ökad risk att bli långtidssjukskrivna?

I figur 3.1 redovisas grafiskt hur undersökningsspersonerna fördelar sig med avseende på alkoholproblemskalan. Fördelningen är mycket skev; en överväldigande majoritet bland såväl sjukskrivna som icke sjukskrivna personer är alkoholkonsumenter utan problem eller endast med mycket små alkoholproblem. Väldigt få personer har höga poäng på skalan och därmed indikation på stora alkoholproblem. Vissa skillnader mellan sjukskrivna och



Figur 3.1. Fördelning över alkoholproblemskalan. Andelar (procent) i olika poängkategorier.

icke sjukskrivna personer framträder dock. För det första kan man konstatera att andelen nykterister är betydligt större bland långtidssjukskrivna män och kvinnor än bland icke sjukskrivna. För det andra är det, även om det gäller små andelar, vanligare bland långtidssjukskrivna personer att ha stora alkoholproblem.

Av tabellerna 3.1a och 3.1b framkommer att för både män och kvinnor är estimatet för den kvadrerade alkoholvariabeln signifikant. Det indikerar ett kurvlinjärt bivariat samband mellan alkohol och sjukskrivning. I modell 2 har olika kontrollvariabler lagts till. Detta ändrar inte i någon större utsträckning de resultat som framkom i den bivariata analysen när det gäller sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning. Sambandet mellan alkohol och sjukskrivning beskrivs bäst av en U-formad kurva, och resultaten åskådliggörs därför bäst med en graf.

I figur 3.2 visas hur risken för långtidssjukskrivning varierar med graden av alkoholproblem. Riskkurvan, i form av predicerade oddskvoter, visar sambandet mellan alkoholproblem och sjukskrivning baserat på resultaten från den logistiska regressionen som redovisades ovan, det vill säga efter kontroll för demografiska och socioekonomiska faktorer, liksom för rökning och för den psykosociala arbetsmiljön. Nykterister, värde 0 på alkoholskalan och 1 som predicerad oddskvot utgör referensgrupp. Predicerade oddskvoter understigande 1 innebär en lägre sjukskrivningsrisk än för nykterister, medan predicerade oddskvoter större än 1 innebär att sjukskrivningsrisken överstiger nykteristernas.

Tabell 3.1a. Risken (oddskvoter) för att tillhöra gruppen heltidssjukskrivna, maj 2002. Ojusterade och justerade oddskvoter. Män.

	Modell 1, n = 1 886			Modell 2, n = 1 811		
	Oddskvot	Standardfel ^a	P-värde ^b	Oddskvot	Standardfel ^a	P-värde ^b
<i>Alkoholvanor</i>						
Alkoholskala 0–3	0,2	0,25	0,0001	0,3	0,28	0,0001
Alkoholskala ² (kvadrerad skala)	1,7	0,12	0,0001	1,5	0,13	0,0046
<i>Ålder</i>						
20–39 år				0,6	0,16	0,0037
40–49 år (ref)				1		
50–65 år				1,5	0,15	0,0030
<i>Utbildning</i>						
Grundskola				1,1	0,14	0,3000
Gymnasium (ref)				1		
Högskola				0,6	0,15	0,0040
<i>Inkomst</i>						
0–12 000 kr/mån				0,8	0,18	0,2770
12 001–24 000 kr/mån (ref)				1		
24 001 kr/mån eller mer				0,5	0,16	0,0001
<i>Civilstånd</i>						
Gift/sambo (ref)				1		
Ogift/frånskild/änka, änking				1	0,13	0,8069
<i>Rökning</i>						
Röker ej dagligen (ref)				1		
Röker dagligen				1	0,14	0,8991
<i>Krav-kontroll</i>						
Avspänt arbete (ref)				1		
Aktivt arbete				1,7	0,17	0,0022
Passivt arbete				1,4	0,15	0,0246
Spänt arbete				3,3	0,17	0,0001
<i>Socialt stöd (arbetet)</i>						
Bra socialt stöd (ref)			1			
Dåligt socialt stöd			1,2	0,12	0,0774	

a. Standardfelet är en skattning av samplingfördelningens standardavvikelse och används för att beräkna konfidensintervall kring de skattade parameterestimaterna, det vill säga i det här fallet oddskvoterna i tabellen.

b. Sannolikheten att genom slumpen ha erhållit en skillnad gentemot referensgruppen minst lika stor som den vi observerat i vårt urval trots att det egentligen inte finns någon skillnad. Ett P-värde på exempelvis 0,05 innebär att denna sannolikhet inte överstiger fem procent, det vill säga att det är en tämligen liten sannolikhet att den skillnad vi observerat är orsakad av slumpen.

Tabell 3.1b. Risken (oddskvoter) för att tillhöra gruppen heltidssjukskrivna, maj 2002. Ojusterade och justerade oddskvoter. Kvinnor.

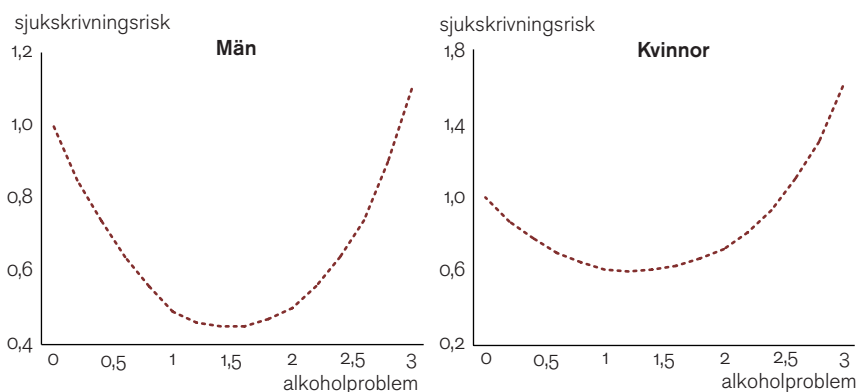
	Modell 1, n = 2 427			Modell 2, n = 2 401		
	Oddskvot	Standardfel ^a	P-värde ^b	Oddskvot	Standardfel ^a	P-värde ^b
<i>Alkoholvanor</i>						
Alkoholskala 0–3	0,4	0,19	0,0001	0,4	0,22	0,0002
Alkoholskala ² (kvadrerad skala)	1,5	0,12	0,0011	1,4	0,14	0,0160
<i>Ålder</i>						
20–39 år				0,8	0,12	0,0514
40–49 år (ref)				1		
50–65 år				1	0,12	0,8711
<i>Utbildning</i>						
Grundskola				1,8	0,12	0,0001
Gymnasium (ref)				1		
Högskola				0,9	0,11	0,19274
<i>Inkomst</i>						
0–12 000 kr/mån				0,8	0,11	0,0796
12 001–24 000 kr/mån (ref)				1		
24 001 kr/mån eller mer				0,5	0,18	0,0001
<i>Civilstånd</i>						
Gift/sambo (ref)				1		
Ogift/frånskild/änka, änklng				1	0,10	0,7874
<i>Rökning</i>						
Röker ej dagligen (ref)				1		
Röker dagligen				1,5	0,11	0,0001
<i>Krav-kontroll</i>						
Avspänt arbete (ref)				1		
Aktivt arbete				1,7	0,14	0,0003
Passivt arbete				1,2	0,12	0,1211
Spänt arbete				2,8	0,14	0,0001
<i>Socialt stöd (arbetet)</i>						
Bra socialt stöd (ref)				1		
Dåligt socialt stöd				1,6	0,10	0,0001

a. Standardfelet är en skattning av samplingfördelningens standardavvikelse och används för att beräkna konfidensintervall kring de skattade parameterestimaterna, det vill säga i det här fallet oddskvoterna i tabellen.

b. Sannolikheten att genom slumpen ha erhållit en skillnad gentemot referensgruppen minst lika stor som den vi observerat i vårt urval trots att det egentligen inte finns någon skillnad. Ett P-värde på exempelvis 0,05 innebär att denna sannolikhet inte överstiger fem procent, det vill säga att det är en tämligen liten sannolikhet att den skillnad vi observerat är orsakad av slumpen.

Som framgår av figur 3.2 framkommer för männens del ett tydligt U-format samband. Nykterister har en cirka dubbelt så hög sjukskrivningsrisk jämfört med alkoholkonsumenter utan eller med måttliga alkoholproblem (upp till 2 poäng på skalan). Samtidigt har män med grava alkoholproblem en något högre sjukskrivningsrisk än nykterister. Som visats ovan är dock denna grupp extremt liten till antalet. Om man bortser från nykteristerna och enbart tittar på alkoholkonsumenterna skulle man kunnat vänta sig ett mer linjärt förhållande mellan problem och sjukskrivningsrisk, det vill säga att sjukskrivningsrisken gradvis ökade med ökade alkoholproblem. Så är emellertid inte fallet; att vara helt utan alkoholproblem (värde 1 på skalan) innebär i stor sett samma sjukskrivningsrisk som att ha måttliga problem (värde 2 på skalan). Det är således bara bland den lilla grupp (cirka en till två procent) män med tydlig indikation på alkoholproblem som sjukskrivningsrisken ökar kraftigt.

Bland kvinnorna framträder ett mer J-format samband (figur 3.2). Nykterister har cirka 40–60 procent högre sjukskrivningsrisk jämfört med kvinnliga alkoholkonsumenter helt utan problem eller med måttliga problem (värde 1 och 2 på alkoholskalan och däremellan). Det riktigt grava alkoholproblematikerna har däremot mer uttalade överrisker visavi nykteristerna än vad som framkom bland männen. Liksom bland männen syns för kvinnorna att det inte är så stor skillnad i sjukskrivningsrisk mellan att vara helt utan problem och att ha måttliga alkoholproblem.



Figur 3.2. Sambandet mellan alkoholproblem och sjukskrivningsrisk (predicerade odds-kvoter). Notera att skalan inte är densamma för män och kvinnor.

Leder långtidssjukskrivning till ökad alkoholkonsumtion?

Till skillnad från föregående avsnitt, där alkoholens roll för långtidssjukskrivning belystes, tittar vi här på om det finns ett samband i den andra riktningen, det vill säga i vad mån långtidssjukskrivning har betydelse för en individs alkoholkonsumtion. I tabell 3.2 redovisas i de två vänstra kolumnerna hur långtidssjukskrivna alkoholkonsumenter svarat på frågan ”Hur har din alkoholkonsumtion förändrats sedan maj 2002?”. Av dessa hade 24 procent minskat sin alkoholkonsumtion, 65 procent uppgav oförändrad konsumtion och fyra procent sade sig ha ökat konsumtionen. Trettio personer (sju procent) hade fyllt i alternativet ”ej aktuellt”, men vad respondenterna avsåg med detta svarsalternativ är svårtolkat då icke-konsumenter inte ingår i dessa analyser.

Dessa siffror kan sedan jämföras med konsumtionsförändringar bland en grupp individer i befolkningsurvalet som varit friska vid båda enkät tillfällena, de två högra kolumnerna i tabell 3.2. Av alkoholkonsumenterna uppgav 14 procent en minskning av konsumtionen, 77 procent oförändrad konsumtion samt fyra procent en ökning av alkoholkonsumtionen (fem procent uppgav alternativet ”ej aktuellt”). Man kan således konstatera att fler, relativt sett, har minskat sin alkoholkonsumtion bland de långtidssjukskrivna jämfört med de icke sjukskrivna. Däremot är det lika stora andelar i båda grupperna som uppger en ökning av alkoholkonsumtionen, fyra procent.

Generellt ger resultaten inget stöd för att sjukskrivning skulle leda till ökad alkoholkonsumtion. Snarare har de långtidssjukskrivna i högre ut-

Tabell 3.2. Hur har din konsumtion av alkohol förändrats sedan maj 2002? Antal och andelar bland de som har druckit alkohol överhuvudtaget under perioden mellan maj 2002 och mars 2003.

	Långtidssjukskrivna alkoholkonsumenter		Icke sjukskrivna alkoholkonsumenter	
	N	%	n	%
Minskat	95	24	276	14
Oförändrat	258	65	1493	77
Ökat	15	4	71	4
Ej aktuellt	30	7	97	5
Totalt	398	100	1 937	100

Chi-2: 29,738; Df = 3; $p < 0,001$

sträckning dragit ner på alkoholkonsumtionen jämfört med dem som inte varit sjukskrivna under perioden.

Även om det således generellt bland dessa långtidssjukskrivna alkoholkonsumenter är ovanligt med konsumtionsökningar under sjukskrivningen, kan det ändå vara intressant att se om detta mönster också gäller dem som kan tänkas ha problem med alkohol. För att studera detta har alkoholkonsumenterna delats in i två grupper utifrån de fyra CAGE-frågor som redovisats ovan; en grupp alkoholproblematiker och en grupp normalkonsumenter.

Av de långtidssjukskrivna alkoholkonsumenterna klassificerades endast 30 individer (19 män och 11 kvinnor) som alkoholproblematiker vid det första enkättilfället. Procenttalen kommer därmed att baseras på ett fåtal individer vilket gör att resultaten måste tolkas med försiktighet. En jämförelse mellan normalkonsumenter och alkoholproblematiker pekar dock på betydande skillnader mellan dessa båda grupper, se tabell 3.3. Alkoholproblematiker har i lägre utsträckning än normalkonsumenterna minskat sitt alkoholintag samtidigt som de i högre utsträckning uppger en ökning av konsumtionen. Tretton procent av alkoholproblematikerna mot 25 procent av normalkonsumenterna uppgav en minskning av alkoholkonsumtionen. Fler bland alkoholproblematikernas har ökat sin konsumtion under sjukskrivningen jämfört med normalkonsumenterna, hela 30 procent jämfört med endast två procent bland normalkonsumenterna.

Tabell 3.3. Hur har din konsumtion av alkohol förändrats sedan maj 2002? Antal och andelar bland de som klassificerats som alkoholproblematiker respektive normalkonsumenter av de långtidssjukskrivna alkoholkonsumenterna i maj 2002.

	Normalkonsumenter		Alkoholproblematiker	
	n	%	n	%
Minskat	85	25	4	13
Oförändrat	228	67	17	57
Ökat	6	2	9	30
Ej aktuellt	23	7	-	0
Totalt	342 ^a	100	30 ^a	100

Chi-2: 58,537; Df = 3; $p < 0,001$

a. Antalet normalkonsumenter och alkoholproblematiker bland de långtidssjukskrivna alkoholkonsumenterna summerar endast till 372 stycken och inte till 398 som i föregående tabell. Differensen beror på bortfall på variabeln som klassificerar alkoholkonsumenter i normal- respektive riskkonsumenter, det vill säga bortfall på de fyra CAGE-frågor som ligger till grund för klassificeringen.

För den stora majoriteten långtidssjukskrivna personer utan alkoholproblem verkar det alltså inte finnas några tecken på att sjukskrivningen medför en konsumtionsökning, snarare är det bland dessa vanligare att dra ner på konsumtionen. Däremot antyder resultaten, även om osäkerheten på grund av det låga antalet återigen måste betonas, att för individer som redan har problem med alkohol förefaller sjukskrivning många gånger istället inverka på alkoholkonsumtionen i en negativ riktning. Tre av tio alkoholproblematiker uppgav en ökning av alkoholkonsumtionen, och inkluderar de som rapporterat en oförändrad konsumtion kan man konstatera att nära nio av tio alkoholproblematiker (87 procent) antingen drack samma mängder eller ökade sin alkoholkonsumtion under sjukskrivningsperioden. Det ska här framhållas att det i denna undersökning inte går att uttala sig om vilka faktiska mängder alkohol som alkoholproblematikerna (eller övriga alkoholkonsumenter) dricker, då ingen kvantifiering av alkoholkonsumtionen gjorts.

Vad utmärker långtidssjukskrivna män och kvinnor med alkoholproblem?

I detta avsnitt redovisas hur olika demografiska, hälsomässiga och sociala faktorer sammanhänger med att vara långtidssjukskriven alkoholproblematiker. Inledningsvis redovisas resultaten från en bivariat analys, och därefter resultaten från en multivariat analys (logistisk regression).

De bakgrundsfaktorer som studerats i detta sammanhang är ålder, utbildning, civilstånd, arbetslöshet innan sjukskrivningen samt etnicitet.

Av dessa faktorer framkom signifikanta skillnader i andelen alkoholproblematiker endast för två av faktorerna; civilstånd och arbetslöshet innan sjukskrivningen. Långtidssjukskrivna kvinnor som är ogifta, skilda eller änkor har i signifikant större utsträckning alkoholproblem än gifta kvinnor, tabell 3.4. Samma tendens syns även bland männen men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Vidare har långtidssjukskrivna kvinnor som varit arbetslösa innan sjukskrivningen i signifikant större utsträckning alkoholproblem jämfört med övriga långtidssjukskrivna kvinnor. Även bland männen var andelen alkoholproblematiker högre bland dem som innan sjukskrivningen varit arbetslösa, men skillnaden var inte alls lika påtaglig som bland kvinnorna, och inte heller statistiskt signifikant.

Vad gäller faktorer som hör till den sociala dimensionen av individens liv visar den bivariata analysen tämligen starka (och statistiskt säkerställda)

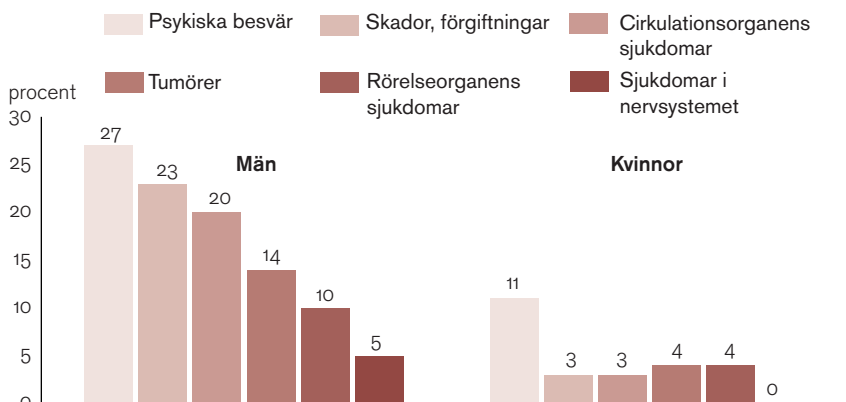
Tabell 3.4. Andelen alkoholproblematiker i olika grupper (bivariata samband). Signifikanta samband ($p < 0,05$) är markerade med fet stil. Procent.

	Män	Kvinnor
<i>Bakgrundsförhållanden</i>		
20–29 år	23	8
30–39 år	16	7
40–49 år	16	6
50–59 år	16	5
60–65 år	8	2
Grundskoleutbildning	16	3
Gymnasieutbildning (ref)	15	7
Högskole/universitetsutbildning	16	6
Ogift/frånskild/änka, änking	20	10
Gifta, sammanboende (ref)	14	4
Arbetslös innan sjukskrivningen	17	12
Annan sysselsättning innan sjukskrivningen (ref)	15	5
Född i Sverige	16	5
Född utanför Sverige	10	10
<i>Sociala förhållanden</i>		
Skilsmässa/separation senaste året	30	16
Ej skilsmässa/separation (ref)	14	4
Konflikt i familjen/med nära vän senaste året	31	11
Ej konflikt (ref)	14	4
Allvarlig sjukdom i familjen/nära vän senaste året	14	7
Ej allvarlig sjukdom i familjen/nära vän senaste året	16	5
Dödsfall i familjen/nära vän senaste året	13	7
Ej dödsfall i familjen/nära vän senaste året	16	5
Omorganisation på arbetet senaste året	17	5
Ej omorganisation på arbetet senaste året	14	6
Personalminskningar på arbetet senaste året	17	4
Ej personalminskningar på arbetet senaste året	15	6
Allvarlig konflikt på arbetet senaste året	24	9
Ingen allvarlig konflikt på arbetet (ref)	14	5
Fallit offer för något brott senaste året	14	21
Ej fallit offer för något brott	15	5
<i>Hälsöförhållanden</i>		
Minst en sjukskrivningsperiod året innan	11	8
Ingen sjukskrivningsperiod året innan (ref)	18	4
Sjukskrivning kom att vara längre än 1 år	13	7
Sjukskrivning kom att vara kortare än 1 år	18	4
Skattat sitt eget hälsotillstånd som dåligt	15	7
Skattat sitt eget hälsotillstånd som bra	16	3
Använder regelbundet sömn/lugnande/smärtstillande medel	15	6
Använder ej regelbundet sömn/lugnande/ smärtstillande medel	16	6
Nedstämdhet i minst två veckor senaste året	22	9
Ingen nedstämdhet i minst två veckor senaste året	7	1
Använder antidepressiva läkemedel	26	12
Använder ej antidepressiva läkemedel	12	4

samband mellan separationer eller konflikter och alkoholproblem bland långtidssjukskrivna män och kvinnor, tabell 3.4. Om man som långtidssjukskriven har varit med om skilsmässa eller separation det senaste året eller haft en allvarlig konflikt i familjen, med nära vänner eller på arbetet är det betydligt vanligare att också ha alkoholproblem jämfört med långtidssjukskrivna personer utan denna erfarenhet.

För kvinnor, men ej för män, framkom ett samband mellan att ha fallit offer för något brott och alkoholproblem. Långtidssjukskrivna kvinnor som uppgivit att de fallit offer för något brott det senaste året hade i betydligt högre utsträckning alkoholproblem jämfört med långtidssjukskrivna kvinnor som inte fallit offer för något brott.

Sambandsanalyserna mellan olika hälsomässiga indikatorer och alkoholproblem ger vid handen att det framförallt är den psykiska hälsan eller välbefinnandet som är av betydelse i sammanhanget. Görs en uppdelning utifrån den diagnos som ligger till grund för sjukskrivningen, framkommer stora variationer i andelen alkoholproblematiker mellan olika diagnosgrupper, figur 3.3. Jämförs de två i särklass största diagnosgrupperna bland heltidssjukskrivna män och kvinnor, rörelseorganens sjukdomar samt psykiska besvär, vilka tillsammans svarar för cirka 60 procent av alla sjukskrivningar, framkommer att alkoholproblem är nära tre gånger så vanligt bland kvinnor och män med en psykisk diagnos jämfört med dem som har en diagnos i rörelseorganens sjukdomar.



Figur 3.3. Andelen (procent) med indikation på alkoholproblem i olika diagnosgrupper.

Vidare framkommer att det är signifikant vanligare med alkoholproblem bland långtidssjukskrivna män och kvinnor som uppgivit att de i minst två veckor under det senaste året känt sig nedstämda, och bland dem som använder antidepressiva läkemedel, tabell 3.4.

Resultaten visar också att det bland långtidssjukskrivna kvinnor finns ett samband mellan alkoholproblem och att ha varit sjukskriven vid minst ett tillfälle året innan undersökningen.

I tabell 3.5 redovisas resultatet av en multivariat analys, där de faktorer som framkom som signifikanta i den nyss redovisade bivariata analysen

Tabell 3.5. Risken (oddset) för att ha alkoholproblem bland långtidssjukskrivna personer med olika karaktäristika. Logistisk regression. Viktat utifrån SCB:s kalibreringsvikt för 2002 års enkät.

	Män (n = 426)	Kvinnor (n = 776)
<i>Bakgrundsförhållanden</i>		
Yngre (20–39 år)	1,2	1
Medelålders (40–49 år) (ref)	1	1
Äldre (50–65 år)	1,2	0,8
Grundskoleutbildning	1,3	0,8
Gymnasieutbildning (ref)	1	1
Högskole/universitetsutbildning	0,9	1,3
Ogift/frånskild/änka, änking	1,2	0,9
Gifta, sammanboende (ref)	1	1
Arbetslös innan sjukskrivningen	-	3,0***
Annan sysselsättning innan sjukskrivningen (ref)	-	1
<i>Sociala förhållanden</i>		
Skilsmässa/separation senaste året	1,2	1,5
Ej skilsmässa/separation (ref)	1	1
Konflikt i familjen/med nära vän senaste året	2,1***	1,3
Ej konflikt (ref)	1	1
Allvarlig konflikt på arbetet senaste året	1,4*	1,4
Ingen allvarlig konflikt på arbetet (ref)	1	1
Fallit offer för något brott senaste året	-	2,1*
Ej fallit offer för något brott (ref)	-	1
<i>Hälsöförhållanden</i>		
Minst en sjukskrivningsperiod året innan	-	2,0***
Ingen sjukskrivningsperiod året innan (ref)	-	1
Psykisk diagnos	1,4*	1,8***
Annan diagnos (ref)	1	1
Nedstämdhet	2,9***	9,6***
Ingen nedstämdhet (ref)	1	1

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

medtagits i modellen. För kvinnorna framkom signifikanta samband för fler av de studerade faktorerna än för männen i de bivariata analyserna, och således ingår något fler faktorer i den logistiska regressionen för kvinnorna.

Vilka har alkoholproblem?

De bivariata sambandsanalyserna visade att kvinnor som var ogifta, fränskilda och änkor i högre utsträckning hade alkoholproblem jämfört med gifta kvinnor och att en liknande, om än ej signifikant, tendens fanns bland männen. När man i analysen tar hänsyn till de övriga faktorer som ingår i modellen försvinner dock i stort sett dessa samband. Däremot kvarstår det tidigare framkomna sambandet mellan arbetslöshet innan sjukskrivningsperioden och alkoholproblem bland kvinnor. Kvinnor som innan sjukskrivningen var arbetslösa hade tre gånger så hög risk att ha alkoholproblem jämfört med övriga kvinnor (oddskvot 3,0).

Vad gäller de sociala förhållandena ändras resultaten delvis (i fråga om signifikans) från den bivariata analysen, i och med att hänsyn tas till övriga faktorer i modellen. Bland männen framkommer statistiskt signifikanta samband mellan att ha haft konflikter, såväl med familj eller vänner som på arbetet, och alkoholproblem. Bland kvinnorna är det enbart faktorn "fallit offer för brott det senaste året" som uppvisar ett signifikant samband med alkoholproblem i den multivariata analysen.

I den multivariata analysen har individer med psykisk diagnos jämförts med individer med andra diagnoser, oavsett vilka dessa andra diagnoser är. Som framgår av tabell 3.5 har både kvinnor och män med en psykisk diagnos en signifikant högre risk att ha alkoholproblem jämfört med personer i övriga diagnosgrupper. I gruppen psykiska diagnoser ingår också alkoholrelaterade psykiska diagnoser, vilket skulle kunna ge en förklaring till det starka sambandet. Emellertid hade endast åtta av de totalt 1 703 långtidssjukskrivna personerna en sådan alkoholdiagnos.

Det tidigare framkomna starka samband mellan nedstämdhet och alkoholproblem kvarstår i den multivariata analysen. Långtidssjukskrivna kvinnor som uppgivit att de varit nedstämda minst två veckor under det senaste året har en nära tio gånger så hög risk, och långtidssjukskrivna män en nära tre gånger så hög risk att också vara alkoholproblematiker jämfört med kvinnor och män som ej uppgivit nedstämdhet (oddskvot 9,6 respektive 2,9).

Liksom i den bivariata analysen visar den multivariata analysen att sjukskrivna kvinnor som haft minst en sjukskrivningsperiod under året innan

undersökningen i signifikant högre utsträckning var alkoholproblematiser jämfört med kvinnor som inte varit sjukskrivna året innan.

Diskussion

Den första frågeställningen i denna studie var i vilken mån alkoholproblem är en riskfaktor för långtidssjukskrivning. Resultaten av analysen visar ett signifikant U- eller J-format samband mellan alkohol och sjukskrivning, det vill säga nykterister har en förhöjd risk att vara sjukskrivna, och det samma tycks gälla personer med indikation på grava alkoholproblem.

Detta J- eller U-formade samband stämmer väl med vad som framkommit i många tidigare studier om alkohol och sjukskrivning, såväl i internationell som svensk forskning. Mekanismerna bakom sambandet är dock inte alldeles enkla att tolka. Man kan exempelvis fråga sig vad som ligger bakom nykteristernas förhöjda sjukskrivningsrisk. En möjlig tolkning är att nykteristernas överrisker speglar en hälsomässig selektion till denna grupp, exempelvis att det bland nykterister kan finnas före detta alkoholproblematiser (med sämre hälsa) som slutat dricka. Av detta skäl har vi exkluderat nykterister som fått behandling för alkoholproblem de senaste fem åren, men det kan givetvis inte uteslutas att gruppen ändå innehåller före detta alkoholproblematiser.

Det har också framförts tankegångar om nykterister som en avvikande grupp med nedsatt psykisk och fysisk hälsa och med svaga sociala band. Vi har i analyserna sökt kontrollera för sådant som exempelvis civilstånd och hälsotillstånd, men det är sannolikt att vi ej kunnat statistiskt kontrollera för alla relevanta förhållanden som skiljer nykterister från alkoholkonsumenter. En annan tolkning är att en viss måttlig mängd alkohol faktiskt har en skyddande effekt på sjuklighet i olika former, som också slår igenom på sjukskrivningsrisken. Då det utifrån denna studie är omöjligt att uttala sig om vilken av dessa förklaringar som är mest rimlig får vi nöja oss med att konstatera att den gängse bilden av nykterister som en särskilt utsatt grupp ifråga om sjuklighet, dödlighet och sjukskrivning framkommer även i denna studie.

När det gäller sambandet mellan alkoholproblem och långtidssjukskrivning framkommer inget linjärt samband så att det sker en gradvis ökning av sjukskrivningsrisken med ökade alkoholproblem. Risken för långtidssjukskrivning är i stort sett densamma oavsett om man helt saknar problem eller har måttliga problem enligt den skala vi använt. Risken för långtidssjukskrivning ökar först bland den väldigt lilla grupp män och kvinnor med

tecken på allvarliga alkoholproblem. En möjlig förklaring bakom detta något oväntade resultat skulle kunna ha att göra med bristande precision i skalan, det vill säga att frågornas karaktär gör det lätt att instämma i några av frågorna utan att man för den skull har några egentliga alkoholproblem. Det är också fullt möjligt att det faktiskt inte finns någon stark koppling mellan mindre allvarliga alkoholproblem och långtidssjukskrivning. Man kan tänka sig att arbetande personer med alkoholproblem i möjligaste mån försöker hålla sig kvar på arbetet, och att det är först då alkoholproblemen blivit allvarliga, med åtföljande nedsatt fysisk och psykisk hälsa, som långtidssjukskrivning blir oundviklig. Kanske skulle en ökad sjukskrivningsrisk framkomma även för måttliga alkoholproblematiker om man istället studerade korttidsfrånvaro.

När det gäller resultaten bör effekter av underrapportering och selektivitet i bortfallet beaktas. Det är väl känt att storkonsumenter och alkoholproblematiker är överrepresenterade i bortfallet när surveyundersökningar används. Detta problem finns även i denna undersökning. För såväl svarandegruppen som bortfallet i sjukskrivningsurvalet finns uppgifter från försäkringskassans sjukfallsakter om personen ifråga har någon notering om alkoholmissbruk. Jämförs svarandegruppen med bortfallet framkommer att det i bortfallsgruppen är dubbelt så vanligt att ha fått en notering om alkoholmissbruk i sjukfallsakten. Detta framkommer för både män och kvinnor. Av det skälet förskjuts proportionerna mellan ”vanliga” alkoholkonsumenter och alkoholproblematiker. Andelen alkoholproblematiker enligt den skala vi här använt var väldigt låg, och skulle med största sannolikhet varit högre om hela urvalet besvarat enkäten. Huruvida detta även påverkar riskfunktionens utseende, det vill säga sambandet mellan alkoholproblem och sjukskrivning, är dock oklart och förutsätter i så fall att bortfallet bland de långtidssjukskrivna och bland de icke sjukskrivna i befolkningsurvalet skiljer sig åt med avseende på andelen alkoholproblematiker. Förutom bortfall kan resultatens tillförlitlighet påverkas av underrapportering. Det kan inte uteslutas att frågorna kring alkoholproblem av många kan upplevas som känsliga och att man av det skälet inte svarar sanningsenligt. Liksom för bortfallet påverkas dock riskkurvan endast i de fall långtidssjukskrivna underrapporterar i högre utsträckning än icke sjukskrivna personer eller vice versa.

Den andra frågeställningen i denna studie var om långtidssjukskrivning leder till ökad alkoholkonsumtion. Mot bakgrund av det stora antalet lång-

tidssjukskrivna personer idag är det en viktig fråga att få besvarad. Utifrån vad som framkommit i denna studie finns det dock inget som tyder på att långtidssjukskrivning generellt medför konsumtionsökningar. Snarare är förhållandet det motsatta; det är betydligt vanligare att dra ner på alkoholkonsumtionen. Detta resultat överensstämmer med vad som framkommit i en nyligen gjord svensk studie som fokuserat på förändringar under långtidssjukskrivning (Floderus m fl 2003). Också i denna studie framkom att det var vanligare bland långtidssjukskrivna att minska alkoholkonsumtionen än att öka den.

Orsakerna till att en sjukskriven individ minskar alkoholkonsumtionen kan man spekulera kring. Det är högst rimligt att tänka sig att vissa sjukskrivna personer har en sjukdom, eller på annat sätt en nedsatt hälsa, som innebär att de av detta skäl minskar sitt alkoholintag. För andra är det kanske istället ekonomiska realiteter som ligger bakom konsumtionsminskningen. Även om ersättningsnivåerna är förhållandevis höga i Sverige har den ovan nämnda svenska studien visat att många upplever att ekonomin har påverkats negativt av sjukskrivningen. I det perspektivet kanske alkohol prioriteras bort till förmån för annat.

För långtidssjukskrivna personer i allmänhet tycks således sjukskrivningen verka konsumtionsdämpande. Dessvärre tycks detta inte gälla personer med alkoholproblem. Tvärtom är det bland dessa individer relativt vanligt att öka eller bibehålla alkoholkonsumtionen under sjukskrivningen. Det ska dock påpekas att gruppen långtidssjukskrivna alkoholproblematiser som här studerats är ytterst liten, vilket gör att resultaten får betraktas som preliminära i avvaktan på ytterligare studier. De kan ändå peka på vikten av att alkoholproblem, i den mån de förekommer, uppmärksammas vid sjukskrivningstillfället. Som sjukskrivande läkare bör man vara medveten om att för en person med alkoholproblem kan en lång sjukskrivningsperiod innebära att alkoholproblemen förvärras och därmed också försvårar en återgång i arbete.

I vilken utsträckning det är sjukskrivningen *i sig* som genererat konsumtionsökningen bland de alkoholproblematiser som uppgivit öknings är givetvis svårt att veta. Bland dessa personer kan sjukskrivningen ha sammanfallit med livshändelser som – oavsett sjukskrivning eller inte – skulle ha medfört en ökad alkoholkonsumtion. Samtidigt kan man inte komma ifrån att en sjukskrivning innebär frånvaro av mycket av det som kan ha en dämpande och disciplinerande effekt på en individs alkoholkonsumtion.

Att gå upp på morgonen och att hålla sig nykter åtminstone under arbetstiden är den typen av krav som individen inte ställs inför under en sjukskrivningsperiod, och som därigenom kan "underlätta" för en alkoholproblematiker att öka sin alkoholkonsumtion under en sjukskrivning.

Den tredje frågeställningen i undersökningen gällde kopplingen mellan alkoholproblem hos långtidssjukskrivna personer och olika demografiska, socioekonomiska och hälsomässiga faktorer. Resultaten visar att arbetslöshet före sjukskrivningen liksom tidigare sjukskrivning ökar risken för alkoholproblem bland långtidssjukskrivna kvinnor. Bland män förekom dock inte motsvarande koppling.

Vidare framkommer att en nedsatt psykisk hälsa i hög grad är kopplad till alkoholproblem bland såväl män som kvinnor. Både diagnospanoramat hos de sjukskrivna alkoholproblematikerna och det psykiska välbefinnandet i övrigt visar detta. Vad beträffar den sociala aspekten av individens livssituation framkommer en koppling mellan alkoholproblem och olika typer av konflikter. Män som har haft konflikter i hemmet eller på arbetsplatsen har en signifikant högre risk att uppvisa tecken på alkoholproblem. Liknande tendenser finns bland kvinnor men resultaten är inte signifikanta. Att ha blivit utsatt för brott det senaste året uppvisar bland långtidssjukskrivna kvinnor ett starkt samband med alkoholproblem.

Sammantaget ger detta en bild av att vara långtidssjukskriven och att ha alkoholproblem i hög grad sammanfaller med andra problem av olika slag såsom psykisk ohälsa, arbetslöshet före sjukskrivningen (åtminstone bland kvinnor) och konfliktfyllda relationer inom familjen och på arbetet. Då dessa analyser är av tvärsnittskaraktär är det omöjligt att veta vad som utgör orsak och verkan, det vill säga om exempelvis den nedsatta psykiska hälsan finns där redan innan individen utvecklar alkoholproblem eller om de psykiska besvären är en konsekvens av alkoholvanorna. Båda effekterna är möjliga och kan göra att initiala smärre skillnader i psykisk hälsa kan förstärkas vartefter alkoholkonsumtionen eskalerar.

Del II. Leder en ökad totalkonsumtion av alkohol till ökad sjukfrånvaro? Analyser på befolkningsnivå

I föregående avsnitt studerades sambandet mellan alkohol och sjukskrivning med utgångspunkt från individdata. Detta avsnitt belyser eventuella samband mellan alkohol och sjukfrånvaro på aggregerad nivå, det vill säga här används istället data över alkoholkonsumtionen och sjukfrånvaron för hela landet under en relativt lång tidsperiod. Det primära syftet med analysen är att undersöka vilken betydelse förändringar i totalkonsumtionen av alkohol har för utvecklingen av sjukskrivning.

Som nämnts tidigare finns det flera skäl att förvänta sig ett samband på individnivå mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning. Det har också delvis bekräftats i kapitlets första del. Såväl denna studie som tidigare forskning på området visar dock att bilden av alkohol som en riskfaktor inte är entydig; även nykterister uppvisar en förhöjd sjukskrivningsrisk. Riskfunktionen verkar alltså vara U-formad. I en genomgång av den tillgängliga litteraturen (SBU 2003) konkluderar man att det saknas underlag för att dra några säkra slutsatser rörande kopplingen mellan alkohol och sjukskrivning.

Nykteristernas förhöjda risk för sjukskrivning beror sannolikt på någon störfaktor, till exempel att personer med nedsatt hälsa avhåller sig från alkohol, även om man i analyserna sökt kontrollera för sådana inflytanden. Det kan dock hävdas att även den förhöjda risken bland storkonsumenter åtminstone delvis kan bero på någon faktor man inte tagit hänsyn till, till exempel psykiska problem, som påverkar såväl alkoholintag som sjukskrivningsrisk. De tidigare redovisade resultaten styrker detta.

Risken för snedvridna resultat på grund av selektionseffekter av det slag som nämnts här är den största begränsningen hos studier på individnivå. Det är dock mindre troligt att årliga förändringar i förekomsten av psykiska problem i samhället skulle påverka per capita-konsumtionen av alkohol. Problemet med selektionseffekter begränsas alltså när vi istället analyserar sambandet på aggregerad nivå, även om vi då istället konfronteras med andra slags problem som diskuteras i det följande. I det aktuella sammanhanget är även sambandets riktning mer entydigt på befolkningsnivå. När det gäller en korrelation mellan alkohol och sjukskrivning på individnivå är det inte självklart vad som är orsak och verkan, det kan ju inte uteslutas att sjukskrivning leder till ett ökat alkoholintag. Denna tolkning är dock

mindre trolig på befolkningsnivå; kategorin sjukskrivna är för liten för att förändringar i dess storlek nämnvärt ska kunna påverka den totala alkoholkonsumtionen, såvida deras konsumtionsnivå inte är kraftigt förhöjd.

Som nämnts tidigare kan vi tänka oss att den eventuella effekten av alkoholkonsumtion på sjukskrivning är av två slag: en akut, omedelbar effekt (bakrus, alkoholrelaterade olyckor) och en mer långsiktig som följer av kroniskt missbruk. Det skulle innebära att sambandet har en fördröjd struktur eller så kallad lag-struktur. Hela effekten av en förändring i konsumtionen är inte omedelbar utan i stället fördelad på en längre tidsperiod. Om man inte tar hänsyn till den eftersläpande effekten finns en uppenbar risk att man underskattar alkoholkonsumtions betydelse för en förändring i sjukskrivningen. Förekomsten av en eftersläpande effekt komplicerar analysen. Gäller det undersökningar på individnivå krävs en design med upprepade mätningar om man ska följa individernas alkoholintag över tid.

Tidsserieanalys inrymmer dock utvecklade metoder för hantering av eftersläpande effekter. En annan fördel med analyser på befolkningsnivå är att resultaten är lätta att tolka i ett policyperspektiv. Resultaten ger ju besked om huruvida en ökning av alkoholkonsumtionen i samhället påverkar sjukskrivningen, och i så fall med hur mycket. Det är svårt att ta fram motsvarande information från resultat på individnivå, i synnerhet om riskfunktionen är U-formad, som det redan visat sig ofta vara fallet.

Ekonomiska konjunkturer och sjukskrivning

Det finns många samhällseliga faktorer som påverkar sjukskrivningens utveckling. Om vårt primära syfte är att förklara sjukskrivningens variation över tid bör vi ta hänsyn till så många av dessa faktorer som möjligt. Men om uppgiften, som i detta fall, är begränsad till att skatta effekten av totalkonsumtionen är det tillräckligt att beakta sådana faktorer som påverkar såväl alkoholkonsumtion som sjukskrivning. Om så inte görs riskerar man att få en skev skattning av alkoholkonsumtionens effekt. Som fallet är för de flesta varor så påverkas efterfrågan på alkohol av den ekonomiska konjunkturen. En ökad köpkraft tenderar att höja alkoholkonsumtionen. Flera studier tyder också på ett samband mellan ekonomiska konjunkturer och sjukskrivning. Tidigare forskning har uppmärksammat främst två konjunkturindikatorer som kan ha samband med sjukfrånvaro: arbetslöshet och reallön.

En ökning av arbetslösheten kan påverka sjukskrivningsnivån genom flera möjliga mekanismer. En är disciplineringseffekten, det vill säga att

man i situationer av hög arbetslöshet i större utsträckning avhåller sig från sjukskrivning av rädsla för att förlora jobbet. En annan är att arbetskraftens sammansättning förändras vid hög arbetslöshet. I en nyligen publicerad studie, baserad på svenska data, visas att ju fler sjukskrivningsperioder en arbetstagare har, desto större är risken för att senare bli arbetslös (Hesselius 2004; se även Hemmingsson 2004). De som blir kvar i arbetskraften vid en lågkonjunktur skulle då alltså vara mindre sjukskrivningsbenägna. Flera studier finner också ett negativt samband mellan arbetslöshet och sjukskrivning (t ex Lantto & Lindblom 1987). Bäckman (1998) rapporterar dock ett nollsamband.

Även förändringar i lönenivån kan antas påverka sjukfrånvaron på olika sätt. Här finns hypoteser om både negativ och positiv effekt (Bäckman 1998). Bäckman finner dock ett signifikant positivt samband; en ökning i reallön var kopplad till ökad sjukskrivning.

Datamaterial

I analyserna har två olika indikatorer på sjukskrivning använts, dels det så kallade sjuktalet, dels sjukfrånvaron som den rapporteras av arbetskraftsundersökningarna. Sjuktalet är ett sammanfattande mått på sjukskrivningens omfattning som uttrycker antalet ersatta sjukdagar under året i förhållande till antalet individer som är berättigade till sjukpenning. Data finns för perioden 1935–2002 (Statistisk årsbok, före 1955; Riksförsäkringsverket, efter 1954). I och med sjuklönereformens införande 1992 förändras dock sjuktalets innehåll då det inte längre inkluderar sjukskrivningar med kortare varaktighet än 15 dagar. Sambandsanalyserna när det gäller sjuktalet kommer därför att begränsas till perioden 1935–1990.

Sjukfrånvaro enligt AKU är en indikator på sjukfrånvaro som härrör från SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU) och uttrycker andelen (procent) av de sysselsatta som är frånvarande under mätveckan på grund av sjukdom. Data finns för perioden 1963–2003 (AKU, SCB).

Som indikator på alkoholkonsumtion används den inhemska försäljningen av alkohol uttryckt i liter 100 procent alkohol per invånare 15 år och äldre (försäljning på Systembolaget, restauranger och försäljning av folköl och mellanöl, 1965–77).

Som konjunkturindikator har två alternativa mått använts. *Arbetslöshet* mäts som andelen (procent) arbetslösa av arbetskraften enligt SCB:s arbetskraftsundersökningar (AKU, SCB). *Reallön* mäts som timlön för arbetare inom tillverkningsindustrin deflaterad med KPI (SCB).

Reglerna för ersättningsnivåer, karensdagar och så vidare har förändrats ett stort antal gånger under årens lopp (se Lidwall & Skogman Thoursie 2000 för en översikt). Effekterna av de förändringar som infördes 1967, 1985 och 1988 skattas genom dummyvariabler, som tar värdet 0 före regel-förändringen, och 1 annars.

Eftersom mäns konsumtion av alkohol är väsentligt högre än kvinnors, bör vi förvänta oss att totalkonsumtionen har en starkare effekt på den manliga än på den kvinnliga sjukfrånvaron. Analyserna görs därför separat för män och kvinnor. För män skattas dessutom en modell där kvinnlig sjukfrånvaro tillsammans med alkoholkonsumtion ingår bland de förklarande variablerna. Den logiska grunden för en sådan specifikation är att det finns ett stort antal etiologiska faktorer som påverkar manlig och kvinnlig sjukfrånvaro på likartat sätt; den senare kan då betraktas som en generell indikator på sådana gemensamma faktorer. En analog modellspecifikation har använts vid analyser av kopplingen mellan totalkonsumtion och manlig totaldödlighet (Norström 2001, 2004; Skog 1987). Kvinnlig dödlighet har här inkluderats som kontrollvariabel med motiveringen att den fungerar som indikator på orsaksfaktorer som är gemensamma för manlig och kvinnlig dödlighet, såsom medicinska framsteg och miljöfaktorer i vid bemärkelse.

Analysmetod

Data analyserades med den metod för tidsserieanalys som utvecklats av Box och Jenkins (1976), ofta benämnd ARIMA-modeller. Metoden har flera drag som gör resultaten mer tillförlitliga än om vanlig regression används. Risken för skevhet (bias) som uppstår på grund av försummad prediktor minskas genom att alla tidsserier differentieras. Detta innebär att alla linjära trender elimineras och att vi analyserar årliga förändringar i stället för rådata som anger nivån. Den logiska grunden för differentiering är att det är troligare att en försummad prediktor är korrelerad med en prediktor som inkluderats på grund av sammanfallande trender än på grund av synkronisering i de årliga förändringarna.

I detta sammanhang är det relevant att ta upp en spontan invändning mot hypotesen att det kan finnas en positiv koppling mellan två serier som i sina trender är negativt korrelerade under en betydande del av den studerade perioden. Det finns dock flera exempel på fall där trenderna ger ett vilseledande intryck. Under 1800-talets andra hälft ökade reallönen stadigt, medan alkoholkonsumtionen minskade (korrelationen var $-0,37$). Det finns

dock flera studier som visar att inkomstelasticiteten för alkohol är positiv. Det förväntade, positiva, sambandet framträder också om man tittar på plotten mellan årliga förändringar i reallön och årliga förändringar i alkoholkonsumtion, det vill säga när vi plottar de differentierade serierna mot varandra. Det positiva sambandet mellan reallön och alkoholkonsumtion maskeras i råserierna genom inflytandet av andra kausala faktorer (till exempel ideologiska influenser från nykterhetsrörelsen). Den totala inverkan av dessa dämpande faktorer var helt enkelt större än den ökande effekt som reallönen hade (Norström 1988).

En annan fördel med Box-Jenkins-metoden är att man inte behöver anta att feltermerna är oberoende. Feltermen, som inkluderar de variabler som inte är med i modellen, tillåts ha en temporal struktur som skattas med särskilda parametrar.

Ytterligare en viktig fördel med tidsserieanalys är att den kan ta hänsyn till eftersläpande effekter. Som nämndes ovan är det tänkbart att det förutom en omedelbar effekt för ett enskilt år även finns en mer långsiktiga inverkan av alkohol på sjukskrivning. För att undersöka förekomsten av sådana eftersläpande effekter (lag-struktur) analyserades strukturen i korskorrelationerna i sambandet mellan alkoholkonsumtion och det manliga sjukalet under perioden 1935–1990. Detta innebär att man undersöker sambandet mellan alkohol och sjukskrivning med olika tidsförskjutningar i alkoholserien, det vill säga hur sjukskrivning är kopplad till konsumtionen samma år (lag 0) såväl som ett år tillbaka (lag 1), två år tillbaka (lag 2) och så vidare.

Det finns inga helt idealiska sätt att bestämma lag-strukturens form. Extern information och tidigare erfarenhet bör dock vägas in.² Korskorrela-

2. För att inte korskorrelationerna ska störas av seriernas autokorrelation avlägsnas denna först genom filtrering. På grund av att korskorrelationerna som regel har vida konfidensintervall, är det dock vanskligt att på denna grundval dra några slutsatser om lag-strukturens form. Resultatet indikerade att alkoholfaktorn har eftersläpande effekter; korskorrelationen på lag 1 uppgick till 0,35 ($p < 0,05$). Inga övriga korskorrelationer var signifikanta, vare sig på lägre lag, det vill säga lag 0, eller högre. Mot denna bakgrund bör en lag-struktur inkluderas, och dess exakta form har tagits från modeller för sambandet mellan alkoholkonsumtion och total dödlighet. I dessa analyser (Norström 2001, 2004) användes en vägd alkoholserie med geometriskt avtagande vikter. Den vägda serien (AV) har alltså följande utseende: $AV_t = A_t + \lambda A_{t-1} + \lambda^2 A_{t-2} + \dots + \lambda^n A_{t-n}$, där A är alkoholkonsumtion och λ lag-parametern som fixerades till 0,7.

tionsanalyser av sambandet mellan reallön och sjuktalet (män, perioden 1935–1990) indikerade också existensen av en lag-struktur. Även här applicerades ett fixt lag-schema av samma utseende som för alkohol.

Som ett första steg i analysen av kopplingen mellan sjukskrivning och de olika förklarande variablerna inspekterades dessa samband grafiskt i form av scattergram (med x-variabeln i differentierad form på den horisontella axeln, och y-variabeln i differentierad form på den vertikala axeln). På så sätt uppmärksammas eventuella extremvärden (outliers) som kan snedvrider resultaten. Inga sådana fall framkom (resultat ej redovisade).

För att skatta effekterna på sjukskrivning av de olika förklarande variablerna har en semilogaritmisk modell använts.³

Det är effekten av alkoholkonsumtion på sjukskrivning som är det intressanta i denna studie. Denna effekt har i texten räknats om så att den uttrycks som hur många procent sjukskrivningen ökar (enligt resultaten) vid en konsumtionsökning på en liter.

Resultat

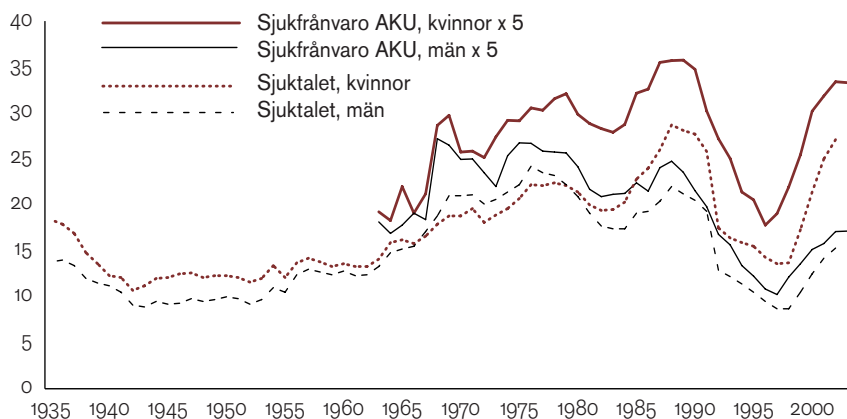
Figur 3.4 visar trenderna i de två måtten på sjukskrivning, medan figur 3.5 visar utvecklingen i alkoholkonsumtion, arbetslöshet och reallön. Ett generellt drag vad gäller sjukskrivning är de markanta upp- och nedgångarna och det faktum att de båda måtten följer varandra relativt väl. Lägsta nivå noterats vid slutet av 1990-talet. Till stor del beror detta på införandet av en arbetsgivarperiod på två veckor 1992 som innebar att fall under 15 dagar ej längre ingår i sjuktalet. Detta ledde naturligtvis till en markant nivå-sänkning. Vi ser dock att detta inte kan vara hela förklaringen; även AKU-serien uppvisar en trendmässig nedgång från början av 1990-talet till dess slut. Sedan dess har vi haft en markant stegring i sjukfrånvaron, i synnerhet bland kvinnor.

Finns det någon inneboende dynamik i sjukskrivningens förändringar, på så sätt att när en ökning väl satt igång så tenderar den att fortsätta? För

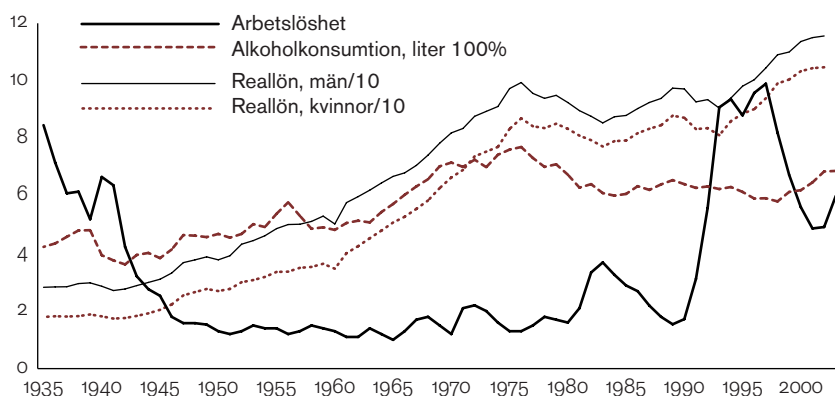
3. Modellen har följande utseende: $\ln S_t = a + b \cdot AV_t + \sum c_i \cdot K_{it} + N_t$.

S betecknar sjukskrivning, AV är alkoholkonsumtion (vägd) och K en uppsättning kontrollvariabler som är olika för olika modeller. N indikerar restledet (noise). Alkoholeffekten uttrycks av parametern b , som ska skattas. Genom att använda uttrycket $(\exp(b) - 1) \cdot 100$, får man fram hur många procent sjukskrivningen ökar med (enligt resultaten) vid en ökning av konsumtionen med en liter.

att belysa detta kan vi titta på de årliga *förändringarna* i sjukskrivning. Vi begränsar analysen till sjuktalet under perioden 1955–1990. Figur 3.6 visar att det finns en viss tendens i en sådan riktning, att en ökning ofta följs av en ökning, likaså kan man notera successiva minskningar. Det finns även en påtaglig synkronisering mellan ändringar i mäns och kvinnors sjuktal.



Figur 3.4. Sjukskrivning och sjukfrånvaro enligt AKU för män och kvinnor.



Figur 3.5. Alkoholkonsumtion i liter 100 procent, procent arbetslöshet och reallön för män och kvinnor.

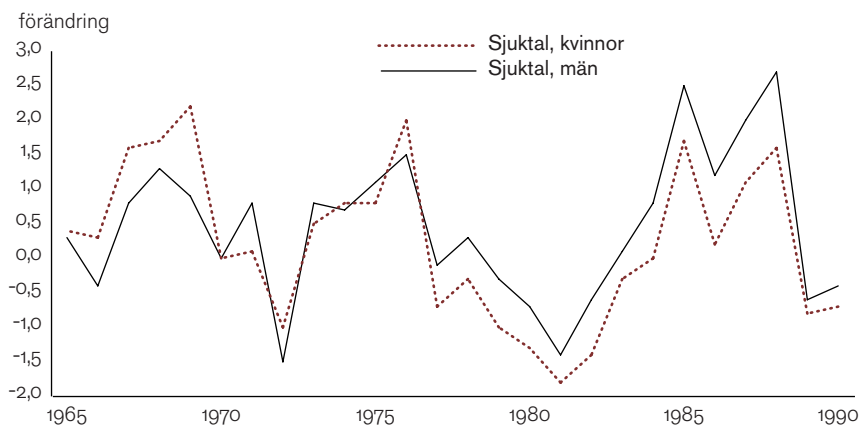


Figure 3.6. Årliga förändringar i sjuksjuktalet för män och kvinnor.

Ett mer stringent mått på den typ av förändringsdynamik vi behandlar här är autokorrelationen, som uttrycker graden av beroende mellan successiva observationer. I likhet med den vanliga korrelationskoefficienten varierar den mellan -1 och 1 . För det manliga sjuksjuktalet är autokorrelationen $0,43$, för det kvinnliga $0,33$. Detta bekräftar det visuella intrycket (vilket faktiskt ofta kan vara bedrägligt) av ett systematiskt mönster i förändringarna. Det kan nämnas att för många indikatorer saknas ett sådant mönster. Vad gäller till exempel förändringar i alkoholkonsumtion per capita är autokorrelationen nära noll, det vill säga årets förändring säger ingenting om vad förändringen blir nästa år.

De modellskattningar som gjorts syftar till att granska hur mycket förändringarna i sjuksjuktalet kan bero på förändringarna i alkoholkonsumtionen. Fyra olika modeller har skattats. Den beroende variabeln i modell 1 och 2 är sjuksjuktalet mellan 1935 och 1990. I modell 3 och 4 är det sjukfrånvaro enligt AKU för åren 1963–2003. I modell 1 inkluderas det kvinnliga sjuksjuktalet som kontrollvariabel, på motsvarande sätt är kvinnlig sjukfrånvaro enligt AKU kontrollvariabel i modell 3. I modell 2 och 4 utgörs kontrollvariabeln i stället av markoeconomiska indikatorer. I modell 2 var endast lön statistiskt signifikant, men inte arbetslöshet, som därför exkluderades. I modell 4 var förhållandet det omvända; arbetslöshet var signifikant, men inte lön.

Tabell 3,6 visar resultaten för män. Det framgår att effekten av alkohol är signifikant i alla fyra modellerna, och att den skattade effekten ligger på

ungefär samma nivå i modell 1, 2 och 3: En ökning i totalkonsumtionen på en liter ger en ökning i sjukskrivningen på mellan 11 och 14 procent. Skattningen av alkoholeffekten på sjukfrånvaron i modell 4 ligger markant högre än i de tre andra modellerna, 21 procent per liters ökning. Det kan nämnas att om man använder den ovägda alkoholserien, alltså inte inkluderar någon eftersläpande struktur, blir alkoholeffekten ej signifikant.

Kvinnornas alkoholkonsumtion är ungefär 40 procent av männens (Kühlhorn & Leifman 1993); sålunda förväntas alkoholeffekten på kvinnors sjukskrivning vara cirka 40 procent av effekten för män, alltså fem procent per liter (om vi utgår från modell 1–3 i tabell 3.6). Skattningarna på runt sex procent som vi får i modellerna för kvinnor (tabell 3.7) är därför rimlig. Skattningarna för kvinnor når dock inte statistisk signifikans på grund av de stora standardfelen.

Analyserna visar alltså att då alkoholkonsumtionen ökar i samhället så ökar också sjukskrivningarna för män. För kvinnor är sambandet dock inte statistiskt signifikant.

Tabell 3.6. Skattade effekter av alkoholkonsumtion på sjukfrånvaro för män. Beroende variabel i modell 1–2 är sjuktalet 1935–1990, i modell 3–4 sjukfrånvaro enligt AKU 1963–2003.

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4	
	Utfall: Sjuktalet		Utfall: Sjuktalet		Utfall: AKU		Utfall: AKU	
	Estimat	SE	Estimat	SE	Estimat	SE	Estimat	SE
Alkohol	0,129***	0,024	0,132*	0,064	0,100**	0,031	0,188*	0,080
Ln sjuktal kvinnor	0,820***	0,058						
Ln sjukfrånv. kv AKU					0,879***	0,060		
Lön, män			0,011*	0,005				
Arbetslöshet							-0,054***	0,014
Regeländring 1967			0,062	0,053			0,042	0,095
Regeländring 1985			0,112*	0,052			0,058	0,092
Regeländring 1988			0,059	0,051			-0,007	0,090
<i>Felterm</i>								
Konstant	-0,004	0,003	-0,015	0,009	-0,017	0,004	-0,005	0,011
MA(1)							0,30	0,15
AR(1)					-0,76	0,16		
AR(2)					-0,32	0,16		
<i>Diagnostik</i>								
Q ⁺ (lag5)	4,08 (p>0,54)		3,15 (p>0,68)		7,50 (p>0,18)		4,01 (p>0,55)	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. +Box-Ljung test för autokorrelerade residualer

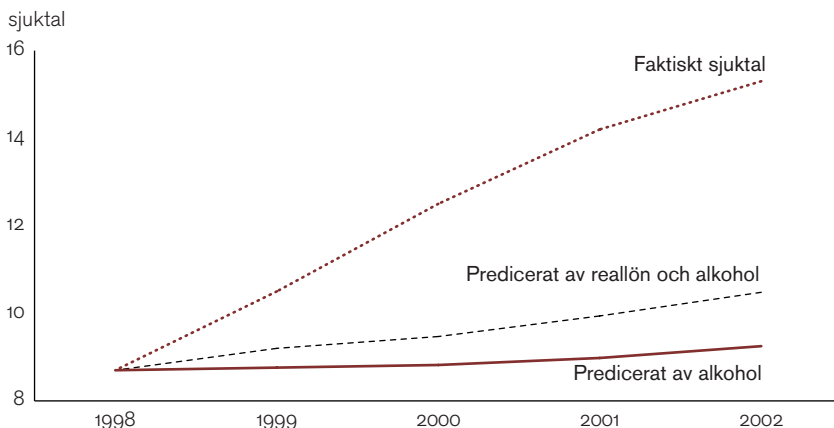
Tabell 3.7. Skattade effekter av alkoholkonsumtion på sjukfrånvaro för kvinnor. Beroende variabel i modell 1 är sjuktalet 1935–1990, i modell 2 sjukfrånvaro enligt AKU 1963–2003.

	Modell 1		Modell 2	
	Utfall: Sjuktalet		Utfall: AKU	
	Estimat	SE	Estimat	SE
Alkohol	0,056	0,067	0,059	0,060
Lön, kvinnor	0,008	0,006		
Arbetslöshet			-0,070***	0,011
Regeländring 1967	0,024	0,058	0,195*	0,080
Regeländring 1985	0,124*	0,057	0,089	0,076
Regeländring 1988	0,088	0,056	-0,056	0,073
<i>Felterm</i>				
Konstant	-0,008	0,010	0,013	0,008
AR(1)			-0,29	0,15
AR(2)			-0,49	0,15
<i>Diagnostik</i>				
Q+(lag5)	2,27 (p>0,81)		4,82 (p>0,44)	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. + Box-Ljung test för autokorrelerade residualer.

Resultaten tyder alltså på att antalet sjukskrivna män påverkas av förändringar i såväl konjunkturen som förändringar i totalkonsumtionen av alkohol. En intressant fråga är hur mycket av ökningen i sjukskrivning under de senaste åren som kan förklaras av dessa faktorer. Denna fråga kan belysas genom att man gör projektioner av sjukskrivningen på basis av modellskattningarna. Eftersom löne- och alkoholeffekten inte var signifikanta i modellerna för kvinnor görs projektionerna endast för män. Utfallen visas i figur 3.7. Genom att multiplicera de predicerade serierna med lämpligt vald konstant har faktisk och predicerad sjukfrånvaro samma värde 1998.

Mellan åren 1998 och 2002 ökade det manliga sjuktalet med 76 procent, medan det sjuktal som predicerats på basis av utvecklingen i reallön och alkoholkonsumtion ökade med 20 procent. Den sjuktalsökning som predicerar enbart utifrån alkoholfaktorn uppgår till sex procent. Det bör dock noteras att ökningen i den vägda alkoholserien (som dessa analyser baseras på) var mindre (åtta procent) än ökningen i den ovägda serien (som var 18 procent mellan 1998 och 2002). Den ovägda serien inkluderar endast den effekt som framkommer under samma år och tar således inte hänsyn till någon eftersläpande effekt. På grund av de eftersläpande effekterna har den fulla effekten av de senaste årens konsumtionsökning ännu ej slagit igenom. Utfallet skulle dock inte modifieras nämnvärt om man även vägde in skattningar av den oregistrerade konsumtionen. Ökningen i den skattade totala



Figur 3.7. Trender i sjuktalet för män. Faktisk, predicerad av alkohol och predicerad av reallön och alkohol.

konsumtionen (inklusive den oregistrerade) var nämligen bara marginellt större än ökningen i den registrerade (22 procent jämfört med 18 procent mellan 1998 och 2002).

Diskussion

I denna studie har vi med hjälp av tidsserieanalys belyst frågeställningen om en ökad totalkonsumtion av alkohol leder till en ökning i sjukfrånvaron. Två av varandra oberoende indikatorer på sjukfrånvaro användes, dels sjuktalet, dels sjukfrånvaro enligt AKU:s mätningar. I analyserna av manlig sjukfrånvaro användes vidare två olika modellspecifikationer; på så sätt kom fyra olika modeller att skattas för män (och för kvinnor två).

Det faktum att den skattade alkoholeffekten ligger på ungefär samma nivå i tre av dessa fyra modeller ökar resultatens trovärdighet. Något som ytterligare stärker resultatens trovärdighet är att den skattade alkoholeffekten på manlig sjukfrånvaro – drygt tio procent ökning av sjukfrånvaron per liter ökad alkoholkonsumtion – är av samma storleksordning som man funnit för ett flertal andra utfall. Det gäller dödsolyckor (Norström 1993; Skog 1986), självmord (Norström 1995; Ramstedt 2001a) och misshandel (Lenke 1990; Norström 1998). Samtidigt ligger skattningen markant lägre än den för effekten på kroniska alkoholskador, som levercirros (Norström 1987; Ramstedt 2001b) och pankreatit (Ramstedt 2004). Med de resultat

som presenterats här har således alkoholkonsumtionens skadepanorama utvidgats.

Den skattade alkoholeffekten på kvinnlig sjukfrånvaro var konsistent med resultatet för män – om man beaktar kvinnornas lägre konsumtion – men här var konfidensintervallen alltför vida för att skattningarna skulle nå statistisk signifikans.

Även om det verkar finnas ett samband mellan alkohol och sjukfrånvaro på befolkningsnivå kan bara en liten del av de senare årens markanta ökning i sjukfrånvaro förklaras av den ökade alkoholkonsumtionen. Även när man tog in förklaringskraften i konjunkturfaktorn kvarstod större delen av ökningen i sjukfrånvaro som oförklarad och måste alltså bero på andra faktorer. Eftersom föreliggande studie är först i sitt slag, finns det skäl till försiktighet. Som alltid vid statistiska analyser finns det en rad felkällor, till exempel snedvridande inverkan från andra faktorer som man inte tagit hänsyn till. Det är därför angeläget att resultaten prövas i liknande, men oberoende analyser.

Sammanfattning av sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro utifrån analyser på befolknings- respektive individnivå

Under slutet av 1990-talet och fram till början av 2000-talet steg sjukfrånvaron i Sverige mycket kraftigt och ligger ännu idag kvar på höga nivåer även om en viss minskning skett. Under i stort sett samma tidsperiod ökade dessutom svenskarnas alkoholkonsumtion kraftigt. Dessa båda utvecklingstendenser har aktualiserat frågan om eventuella samband mellan alkohol och sjukskrivning och hur dessa samband i så fall ser ut.

I det här kapitlet har alkoholens roll som tänkbar orsaksfaktor bakom sjukfrånvaro studerats. Kapitlet belyser sambandet mellan alkohol och sjukskrivning utifrån olika perspektiv och med olika metodologiska ingångar; både sambandet mellan alkoholkonsumtion och sjukskrivning på individnivå och analyser baserade på aggregerade data (befolkningsnivå).

Resultat från analyser på båda dessa nivåer kan komplettera varandra då de har sina respektive för- och nackdelar, samtidigt som de till viss del skiljer sig åt beträffande vilka frågeställningar som de kan besvara. Idealt hade varit att ha samma typ av alkohol- och sjukskrivningsmått i båda typerna av ansats. Av praktiska skäl har detta emellertid inte varit möjligt, vilket måste beaktas då man jämför resultaten från de två angreppssätten.

I första delen analyserades sambandet mellan alkohol och långtidssjukskrivning på individnivå. Långtidssjukskrivning innebär här en sjukskrivningstid om minst cirka fyra till fem månader. Frågeställningen här var i vad mån olika grupper av alkoholkonsumenter löper olika risk för att senare bli långtidssjukskrivna, det vill säga om det finns ett samband som går från alkohol till sjukskrivning. Eftersom det sedan tidigare är känt att storkonsumenter av alkohol löper ökad risk för dödlighet, sjuklighet och skador i olika former ter det sig naturligt att vänta att detta också återspeglas i en högre sjukfrånvaro.

Något paradoxalt visar emellertid forskning att även nykterister har en förhöjd risk för dödlighet, sjuklighet och ohälsa, det vill säga sambandet mellan alkohol och många ohälsoindikatorer tycks vara U-format. Vad detta U-formade samband egentligen står för har dock varit föremål för diskussioner. Enligt vissa forskare är det mer troligt att nykteristernas högre sjuklighets- och dödlighetsrisker beror på selektionseffekter, än att

de skulle genereras av avsaknaden av alkohol. En kritik mot många av de studier som gjorts inom området där U-formade samband påvisats är att dessa inte särskiljer olika typer av nykterister i analyserna, exempelvis nykterister som blir det på grund av hälsoskäl från livstidsnykterister, och därmed leder till felaktiga slutsatser om sambandets utseende (se exempelvis Fillmore 2000, Fillmore m fl 2003).

De resultat som framkommer i denna undersökning visar att sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro följer detta U-formade mönster som framkommer för många ohälsoundikatorer; personer med indikation på grava alkoholproblem har en högre risk för långtidssjukskrivning än alkoholkonsumenter utan alkoholproblem eller med måttliga problem, men detsamma har även nykterister. Vi har i möjligaste mån försökt kontrollera för olika tänkbara selektionsfaktorer som skulle inverka på resultaten, men kan inte utifrån denna studie med de data som vi analyserat finna någon faktor som skulle kunna förklara detta U-formade samband.

Problemet med exempelvis selektionseffekter i individnivåstudier kan undvikas om analyserna istället baseras på befolkningsnivå (aggregerade data). Analyser på befolkningsnivå ger ett bredare, samhälleligt perspektiv på frågan om sambandet mellan alkohol och sjukfrånvaro, det vill säga en skattning av hur stor del av den ökade sjukfrånvaron som betingas av alkoholfaktorn.

Den aggregerade analysen belyser huruvida det finns ett samband mellan total alkoholkonsumtion och sjukfrånvaro på befolkningsnivå. Tidigare forskning visar att en konsumtionsökning också innefattar storkonsumenter och leder till en ökning av andelen sådana (t ex Edwards m fl 1994; Kühnlhorn 1994). Det finns därmed skäl att även på befolkningsnivå förvänta sig ett samband över tid mellan förändringar i svenskarnas alkoholkonsumtion och förändringar i ders sjukskrivning. Sambandet mellan totalkonsumtionen av alkohol (mätt som inhemsk försäljningen av alkohol) och sjukfrånvaro (mätt som sjuktalet och sjukfrånvaro enligt AKU) skattades med hjälp av tidsserieanalys över perioden 1935–2002. Resultaten visade att en ökad alkoholkonsumtion leder till en ökad sjukfrånvaro, mer preciserat att ökning av alkoholkonsumtionen med en liter ren alkohol ger en ökning av den manliga sjukfrånvaron med cirka 13 procent. Den skattade ökningen av den kvinnliga sjukfrånvaron (cirka sex procent) var dock inte statistiskt säkerställd.

Som har framkommit ovan är såväl alkoholmätt som sjukskrivningsmätt olika i de båda ansatserna. I individnivåstudien rör det sig om självskattade alkoholproblem och långtidssjukskrivning, medan analyserna på aggregerade data använder den genomsnittliga nivån på alkoholkonsumtionen och sjuktal/sjukfrånvaro som är mått som inkluderar både korttidsfrånvaro och långtidsfrånvaro. Ytterligare en skillnad är att individnivåstudien baseras på data från 2002–03 medan den aggregerade analysen baseras på data från en betydligt längre tidsperiod.

Sammanfattningsvis tyder dessa resultat på att storkonsumenter och alkoholproblematiker uppvisar en förhöjd risk att hamna i sjukskrivning, samt att en ökad konsumtion i befolkningen totalt sett leder till ökad sjukfrånvaro. Även om det faktiskt föreligger ett U-format samband mellan alkohol och ohälsa och sjukfrånvaro såsom det framkommit i många individnivåstudier, med lägre risker för måttlighetskonsumenter jämfört med nykterister och storkonsumenter, tyder den aggregerade analysen på att alkoholens negativa följdverkningar för storkonsumenter i form av skador och sjuklighet slår igenom mer på sjukfrånvaron än en eventuell positiv effekt av måttlig alkoholkonsumtion.

Referenser

- Backhans M & Leifman H (2001) "Vem blir nykterist? Om nykteristen som avvikare" *Sociologisk Forskning*, 38, s 58–91.
- Box GEP & Jenkins GM (1976) *Time Series Analysis: Forecasting and Control*. London: Holden-Day.
- Bäckman O (1998) *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet.
- Edwards G, Anderson P, Babor T, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, Lemmens P, Mäkelä K, Midanik L, Norström T, Österberg E, Romelsjö A, Room R, Simpura J & Skog O-J (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Eklund M, Jonasson B & Sundén A (2002) *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. En första beskrivning av resultaten från undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning*. RFV Analyserar 2002:16, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Fillmore KM (2000) "Is Alcohol Really Good for the Heart? *Addiction*, 95, s 173–174.

- Fillmore KM, Kerr WC & Bostrom A (2003) "Changes in Drinking Status, Serious Illness and Mortality" *Journal of Studies on Alcohol*, 64, s 278–285.
- Floderus B, Göransson S, Alexanderson K & Aronsson G (2003) *Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning*. Arbete och Hälsa 2003:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hemmingsson T (2004) "Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet" s 153–174 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Hemström Ö (2002) "Långtidssjukskrivna, förtidspensionärer, långtidsarbetslösa och långtidsfriska" Bilaga 2:4 i *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. sou 2002:5, Stockholm: Fritzes.
- Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A & Rönnberg S (2002) "The Alcohol Use Disorders Identification Test and Carbohydrate-Deficient Transferrin in Alcohol-Related Sickness Absence" *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26: s 28–35.
- Hesselius P (2004) *Sickness Absence and Labour Market Outcomes*. Economic Studies 82, Department of Economics, Uppsala: Uppsala universitet.
- Jenkins R (1986) "Sex Differences in Alcohol Consumption and its Associated Morbidity in Young Civil Servants" *British Journal of Addiction*, 81: s 525–535.
- Jonsson J-O (1988) *Utbildning, social reproduktion och social skiktning*. Akademisk avhandling, Stockholm: Institutet för social forskning.
- Karasek R & Teorell T (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kühlhorn E (1994) "Totalkonsumtionen i perspektivet av 17 svenska undersökningar på alkoholområdet" i *Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge*. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen, sou 1994: 25, Stockholm: Socialdepartementet.
- Kühlhorn E & Leifman H (1993) "Alcohol Surveys with High and Low Coverage Rate: A Comparative Analysis of Survey Strategies in the Alcohol Field" *Journal of Studies on Alcohol*, 54, s 542–554.
- Lantto K & Lindblom E (1987) "Är arbetslösheten hälsosam?" *Ekonomisk debatt*, 22, s 135–148.
- Leifman H (1998) *Socialklass och alkoholvanor – en empirisk analys av alkoholvanor i olika sociala skikt och dess implikationer för alkoholpreventionens utformning*. Rapport 1998:14, Stockholm: Statens folkhälsoinstitutet.

- Leifman H & Gustafsson N (2003) *En skål för det nya millenniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport nr 11, Stockholm: SoRAD.
- Leifman H, Kühlhorn E, Allebeck P, Andréasson S & Romelsjö A (1995) "Abstinence in Late Adolescence – Antecedents to and Covariates of a Sober Lifestyle and its Consequences" *Social Science and Medicine*, 41: s 113–121.
- Lenke L (1990) *Alcohol and Criminal Violence: Time Series Analyses in a Comparative Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Lidwall U (2003) *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*. RFV Analyserar 2003:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lidwall U & Skogman Thoursie P (2000) "Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna" s 91–124 i Marklund S (red) *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lundberg O (1986) "Socialklass, alkoholbeteende och hälsa. En litteraturgenomgång av sambanden mellan socialklass, konsumtionsmängd och konsumtionsmönster" *Alkoholpolitik*, 4: s 206–214
- Marklund S (1995) "Vilka blir långtidssjuka?" i Marklund S (red) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Studentlitteratur. Lund
- Marmot MG, Kogevinas M & Elston MA (1987) "Social/Economic Status and Disease" *Annual Review of Public Health*, 8: s 111–135.
- Marmot MG, North F, Feeney A & Head J (1993) "Alcohol Consumption and Sickness Absence: From the Whitehall II Study" *Addiction*, 88: s 369–382.
- Mastekaasa A (1990) "Kjønnsforskjeller i sykefravaer: Betydningen av omsorgsoppgaver og jobbegenskaper" *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 31: s 531–554.
- Mayfield D, Mcleod G & Hall P (1974) "The CAGE Questionnaire. Validation of a New Alcoholism Screening Instrument" *American Journal of Psychiatry*, 131: s 1121–1123.
- Milagros CR, Ockene JK, Hurley TG & Reiff S (2000) "Prevalence and Co-occurrence of Health Risk Behaviours among High-Risk Drinkers in a Primary Care Population" *Preventive Medicine*, 31: s 140–147.
- Norström T (1987) "The Impact of Per Capita Consumption on Swedish Cirrhosis Mortality" *British Journal of Addiction*, 82: s 67–75.
- Norström T (1988) "Real Wages, Alcohol Consumption and Mortality in Sweden, 1861–1913" *European Journal of Population*, 4: s 183–196.

- Norström T (1993) "Projektioner av alkoholskadeutvecklingen i Sverige" *Nordisk alkoholtidskrift*, 10: s 247–255.
- Norström T (1995) "The Impact of Alcohol, Divorce, and Unemployment on Suicide: A Multilevel Analysis" *Social Forces*, 74: s 293–314.
- Norström T (1998) "Effects on Criminal Violence of Different Beverage Types and Private and Public Drinking" *Addiction*, 93: s 689–699.
- Norström T (2001) "Per Capita Alcohol Consumption and All-cause Mortality in 14 European Countries" *Addiction*, 96: s 113–128.
- Norström T (2004) "Per Capita Alcohol Consumption and All-cause Mortality in Canada, 1950–98" *Addiction*, 99: s 1274–1278.
- Pohorecky LA (1991) "Stress and Alcohol Interaction: An Update of Human Research" *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 15 (3): s 438–459.
- Ramstedt M (2001a) "Per Capita Alcohol Consumption and Liver Cirrhosis Mortality in 14 European Countries" *Addiction*, 96, s 19–34.
- Ramstedt M (2001b) "Alcohol and Suicide in 14 European Countries" *Addiction*, 96, s 59–75.
- Ramstedt M (2004) "Alcohol and Pancreatitis Mortality at the Population Level: Experiences from 14 Western Countries" *Addiction*, 99: s 1255–1261.
- SBU (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt*. Rapport nr 167, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Selin K (1998) "Utbildningsbakgrund och dess betydelse för alkoholkonsumtionsnivå och konsumtionsmönster" i Köhlhorn E & Björ J (red) *Svenska alkoholvanor i förändring. Om utvecklingen fram till EU-medlemskapet*. Kristianstad: Sober Förlag.
- Skog O-J (1986) "Trends in Alcohol Consumption and Violent Deaths" *British Journal of Addiction*, 81: s 365–379.
- Skog O-J (1987) "Trends in Alcohol Consumption and Deaths from Diseases" *British Journal of Addiction*, 82: s 1033–1041.
- Socialstyrelsen (2001) *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Upmark M, Möller J & Romelsjö A (1999) "Longitudinal Population-based Study of Self Reported Alcohol Habits, High Levels of Sickness Absence, and Disability Pensions" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: s 223–229.

- Vahtera J, Poikolainen K, Kivimäki M, Ala-Mursula L & Pentti J (2002) "Alcohol Intake and Sickness Absence: A Curvilinear Relation" *American Journal of Epidemiology*, 156: s 969–976.
- Vasse RM, Nijhuis FJN & Kok G (1998) "Associations between Work Stress, Alcohol and Sickness Absence" *Addiction*, 93: s 231–241.

4. Vuxenmobbing och sjukskrivning

Maria Widmark, Gabriel Oxenstierna, Hugo Westerlund och Töres Theorell

MOBBNING HAR SEDAN ETT DRYGT DECENNIUM varit ett vanligt förekommande diskussionsämne i medierna främst i de skandinaviska länderna. De flesta diskussionerna har dock behandlat mobbning bland skolbarn. I och med Heinz Leymanns arbete i mitten av 1980-talet kom den första forskningen om mobbning som rör vuxna. Innan dess hade enbart ett fåtal skrivit om ämnet (Leymann 1986; Leymann & Tallgren 1989). Bland andra efterlyser Einarsen (2000) mer forskning om vuxenmobbing. Intresset för arbetsplatsmobbing tycks dock vara på uppgång (Dawn m fl 2003; Salin 2003), vilket skulle kunna bero på att traditionella arbetsformer är under stark förändring. Det är rimligt att tänka sig att dessa förändringar bidrar till att alltfler utsätts för mobbning på sina arbetsplatser.

I föreliggande undersökning avser vi att studera hälsoeffekter av mobbning i arbetslivet samt undersöka några arbetsmiljöfaktorerers betydelse i sammanhanget. Inledningsvis presenteras en kunskapsöversikt över forskningsområdet.

Definitioner, kännetecken och former

Quine (2003) skriver att det inom forskningen om mobbning i skolan är enkelt att hitta definitioner av mobbning. Där definieras mobbningen som ett aggressivt beteende. Quine skriver också att tre kriterier brukar uppges: mobbningen är tänkt att vara skadlig, handlar om en maktobalans mellan offret och mobbaren och utförs upprepat och under lång tid.

Det finns dock ingen allmängiltig definition av vuxenmobbing, vilket ställer till det för forskaren eftersom man inte med säkerhet kan säga vad mobbning är för något; handlar det om flera olika beteenden och därmed flera definitioner, eller kan vuxenmobbing beskrivas med en enkel definition? Fysiskt våld är enligt Quine sällsynt på arbetsplatserna, men arbetsplatsen ger mobbaren eller mobbarna stora möjligheter att bete sig på en mängd aggressiva och hotfulla sätt. Tre kriterier som utmärker vuxenmobbing är, för det första, att mobbningsoffrets personliga uppfattning av

mobbningen och inte mobbarens avsikter med mobbningen avgör om det handlar om mobbning. Mobbningens utseende och typ kan alltså skilja sig åt från fall till fall. För det andra krävs också att mobbningen har negativa effekter på offret. För det tredje måste mobbningen vara ihållande.

Vartia (2003), i sin tur, menar att det finns minst fem fenomen som kännetecknar vuxenmobbning (även om man kanske kan tycka att mycket av detta även gäller mobbning bland skolbarn):

1. Mobbning på arbetsplatser handlar om negativa eller hotfulla beteenden som sker regelbundet, upprepat och över tid.
2. Det råder en maktobalans mellan mobbaren och offret där offret är den svagare parten.
3. Mobbningen kan även utövas av människor utanför arbetsplatsen (exempelvis patienter, elever, klienter).
4. Mobbaren värderar effekterna av och riskerna med handlingen, försöker maximera effekterna och minimera riskerna.
5. Olika former av negativa handlingar kan vara involverade, men ofta handlar det om en manipulering med mobbningsoffrets rykte, arbetsprestationer, kommunikation med medarbetare, sociala liv eller hot om fysiskt våld.

Vuxenmobbningens två främsta kännetecken, enligt Einarsen (1996), är de ihållande, långvariga och ständigt återkommande negativa aggressiva beteenden som syftar till att vara eller uppfattas som hotfulla. En mycket frekvent association är också maktmissbruk och maktobalans.

Ett annat problem med vuxenmobbning är att det inte finns någon allmängiltig term, utan flera näraliggande begrepp används bland forskare världen över för att beskriva fenomenet. Samtliga begrepp tycks dock referera till samma fenomen, nämligen mobbning eller engelskans bullying. Kanske kommer denna spridning av begrepp av att det inte finns någon allmängiltig definition av vuxenmobbning. Några av de beteckningar som använts synonymt av olika forskare är: trakasserier eller arbetsplatstrakasserier (Björkqvist m fl 1994; Brodsky 1976), icke-sexuella trakasserier (Zapf & Einarsen 2001), psykologiska trakasserier (Vartia 1993a), victimization (Einarsen & Raknes 1997), psykologisk terror (Leymann 1990), "syndabocks-letande" (Thylefors 1987) och petty tyranny (Ashforth 1994), känslomässigt utnyttjande (Keashly 1998, Keashly m fl 1994), generaliserade icke-

sexuella trakasserier på arbetsplatsen (Rospenda 2002), arbetsplatstrauma (Wilson 1991) och arbetsplatsaggression (Baron & Neuman 1996). Samtliga definitioner tycks dock referera till samma fenomen, vuxenmobbing.

Vuxenmobbing kan förekomma i olika former, och olika forskare har gett förslag till indelning i olika typer. Enligt Vartia (1993a) handlar det om sex huvudtyper av mobbing: skvaller och ryktesspridning, social isolering och att hålla människor oinformerade, att ge en människa få eller överdrivet enkla arbetsuppgifter, kontinuerlig kritik av en människas arbete och resultat, hot eller fysiskt våld, insinuation om en människas mentala tillstånd. Enligt en senare studie av Hoel och Cooper (2000) kan mobbing förekomma som arbetsrelaterade, personliga och organisatoriska trakasserier samt hot. Vuxenmobbing har också beskrivits som en speciell form av aggression (Björkqvist m fl 1982). Aggressivt beteende klassificeras inom forskningen som indirekt och direkt. En studie av Björkqvist och medarbetare (1994a) visade att det var vanligare med indirekt aggressivt beteende bland universitetsanställda än bland andra grupper av anställda.

Mobbningsprocessen

Vuxenmobbing brukar delas upp i två kategorier beroende på hur mobbningen startar. Den första kategorin åsyftar situationer där mobbningen uppstår som en reaktion på interpersonella eskalerande konflikter på arbetsplatsen där den utlösande faktorn ofta antas vara arbetsplatsrelaterad. Den andra kategorin refererar till situationer där mobbningsoffret inte har gjort något personligen för att provocera fram det negativa beteendet hos mobbaren.

Mobbing startar i en organisatorisk miljö och kan beskrivas som en stegrad process. Leymann (1996) har exempelvis beskrivit mobbningsprocessen genom fyra steg. Det börjar ofta med en konflikt som framkallar en allvarlig händelse. Det andra steget innehåller olika typer av negativa beteenden (ryktesspridning, utfrysning, fysiskt våld och så vidare) från mobbaren/mobbarna, mobbing samt stigmatisering av offret. I steg tre stiger ledningen in. I det sista steget tvingas mobbningsoffret lämna arbetsplatsen.

Björkqvist (1992) beskriver mobbningsprocessen som något som med tiden blir allt mer allvarligt. Enligt Björkqvist innebär det första steget att mobbningsprocessen ofta börjar med indirekta handlingar som är svåra för

andra utomstående eller offret att motverka. Det kan handla om skvaller, osanna historier om den mobbade och så vidare. Efter ett tag förändras situationen och mobbningen blir mer direkt. Mobbningsoffret isoleras eller förnedras. Arbetskamrater övertygas alltmer om att mobbningen är rättfärdig och att mobbningen uppstått på grund av mobbningsoffrets personlighet. Gradvis övergår övriga arbetskamrater till övertygelsen att mobbningsoffret inte har samma människovärde eftersom situationen är hennes "eget fel". Därmed förtjänar hon också att behandlas på det viset. Mobbning är en kollektiv process och det är just det som möjliggör denna övergång hos andra arbetskamrater att börja se på offret på ett nedvärderande och kritiskt sätt, enligt Björkqvist. Genom att nedvärdera den mobbade rättfärdigar de som mobbar sina beteenden och kan på så vis också undvika dåliga samveten. I det tredje och sista steget innebär mobbningen direkta hot och både fysiskt och psykiskt våld används. Ofta förekommer uttalanden om den mobbades privatliv och mentala hälsa.

Kännetecknande för vuxenmobbning är, enligt Einarsen (2000), att den som mobbas kan göra väldigt litet för att själv lösa problemet och med tiden stigmatiseras offret. Andra börjar se på den mobbade som själva problemet. Stigmatiseringen och den stegrande och intensifierade mobbningsprocessen leder till att offret blir oförmöget att sköta sina dagliga arbetsuppgifter och de sociala relationerna på arbetsplatsen. Detta leder till att den mobbade blir mer utsatt och målet för mobbarna är att ge mobbningsoffret den behandling som hon eller han "förtjänar" (Einarsen 2000).

Arbetsenhetens alla medlemmar och deras roller är avgörande för den stegrande mobbningsprocessen. De skulle kunna stoppa processen på ett tidigt stadium, men gör ofta inte det av rädsla att själva bli nästa offer eller på grund av grupptrycket (Vartia 2003).

Mobbningsoffrens demografi

Flera studier visar att kvinnor och män upplever att de utsätts för mobbning lika ofta (Einarsen & Skogstad 1996; Hoel & Cooper 2000; Keashly m fl 1994; Kivimäki m fl 2000; Leymann 1992a; Piirainen m fl 2000; Quine 1999; Vartia 1991), även om vissa studier funnit att kvinnor är överrepresenterade bland mobbningsoffren (Björkqvist m fl 1994a; Nuutinen m fl 1999; Quine 2002). Män mobbas oftast av andra män, medan kvinnor mobbas av andra kvinnor, män eller av båda könen (Einarsen & Skogstad

1996; Hoel m fl 2001; Leymann 1992a). Män rapporteras också oftare som mobbare än kvinnor (Einarsen 1996).

Vad gäller ålder är resultaten skiftande. Vissa studier finner inte några åldersskillnader (Leymann 1992a; Quine 2002) medan andra visat att äldre arbetstagare upplevt mobbning i högre grad än de yngre på arbetsplatsen (Einarsen & Skogstad 1996; Piirainen m fl 2000). En studie från Storbritannien visade att yngre anställda var något mer i riskzonen än de äldre (Hoel & Cooper 2000; Quine 2002). När det handlar om etniska skillnader har engelska studier (Hoel & Cooper 2000; Quine 2002) visat att människor med asiatiskt ursprung (i detta fall handlar det om människor från Indien, Bangladesh och Pakistan) sannolikt är mer utsatta för mobbning än människor som anser sig vara vita.

Vuxenmobbning i organisationen

Många studier har visat att mobbning på arbetsplatser är vanligare inom offentlig än inom privat sektor (Hoel & Cooper 2000; Leymann 1992a; Piirainen m fl 2000), men det finns också resultat som säger det motsatta (Einarsen & Skogstad 1996). Studier har funnit att risksektorer kan vara industriarbeten (Einarsen & Skogstad 1996; Hubert & Veldhoven 2001), läraryrken, arbete med undervisning och hälsa (Hoel & Cooper 2000; Leymann 1992a; Paoli & Merllie 2000; Sutela & Lehto 1998) bland grafiker, hotell- och restaurangpersonal (Einarsen i Skogstad 1996; Paoli & Merllie 2000), inom transport och kommunikation (Paoli & Merllie 2000), inom fängelsevård, post och telekommunikation och inom dansyrket (Hoel & Cooper 2000). Organisationens storlek verkar inte spela någon större roll då studier visat att mobbning förekommer både i små och stora organisationer (Hoel m fl 2001).

I skandinaviska länder har mobbaren visat sig vara en medarbetare, en person man samarbetar med eller en överordnad i lika stor utsträckning (Einarsen & Skogstad 1996). I England har mobbarna dock oftast visat sig vara överordnade (Hoel & Cooper 2000). Graveson (1998) skriver att ett auktoritärt ledarskap är en hög riskfaktor för mobbning på arbetsplatsen. Enligt författaren kan mobbningen komma att integreras i arbetsplatskulturen och accepteras av de anställda i organisationer med ett auktoritärt ledarskap. Man är helt enkelt rädd att förlora sitt jobb och gör därför inget för att bryta mobbningskulturen. Arbetsplatsmobbning tyder på en ohälsosam organisation.

Vuxenmobbingens orsaker

Inom forskningen om vuxenmobbing finns det förenklat sett två olika traditioner. Den ena (psykologiska eller socialpsykologiska) traditionen ser mobbarens och mobbningsoffrets personliga egenskaper och karaktäristika som grundorsaker till mobbing (Coyne m fl 2000). De personliga egenskaper som det oftast handlar om och som förknippas med den som mobbar är bland annat en aggressiv personlighet, bristande impulskontroll eller personlighetsstörningar av något slag. Den mobbade i sin tur beskrivs däremot som blyg, osäker, labil och känslig.

Det finns dock även en omgivningsbetonande tradition inom forskningen om mobbing som håller på att växa fram. Denna tradition ser mobbing som en följd av faktorer i omgivningen (Leymann 1996; Salin 2003). Salin visar i sin studie en modell som innehåller motiverande (konkurrens i organisationen, belöningsystemet, byråkrati och svårigheter att avskeda personal), påskyndande (omorganisationen och organisationsförändringar, förändrat ledarskap och förändringar i arbetsgruppernas sammansättning) och möjliggörande (upplevd maktobalans, uppfattad social acceptans, missnöje och frustration) faktorer som kan göra arbetsplatsmobbingen mer eller mindre sannolik. Grupperingen i modellen är enligt vår mening inte helt självklar, då både de motiverande och möjliggörande faktorerna i Salins modell kan ses som organisatoriska faktorer och skillnaderna dem emellan är otydlig. De möjliggörande faktorerna kan ses som följder av organisatoriska faktorer.

Leymann skriver (1996) att vem som helst kan råka ut för mobbing på sin arbetsplats. Män och kvinnor är lika utsatta. Men människor med socialt svaga positioner, till exempel lönebidragsanställda, är överrepresenterade. Leymann menar att man därför knappast kan påstå att personligheten skulle vara utslagsgivande. Det skulle bland annat betyda att handikappade har vissa särskilda karaktärsdrag. Det handlar snarare, enligt Leymann, om faktorer i arbetsmiljön som skapar stress och irritation, vilket i sin tur skapar konflikter mellan de arbetande. I de fall då konflikterna urartar till mobbing kan en tänkbar anledning vara bristande arbetsledning och ledarens ovilja mot att gripa in vid bråk mellan medarbetarna.

Senare forskning har visat att mobbing ur ett bredare organisationspsykologiskt perspektiv måste förklaras som följden av en komplicerad interaktion mellan både omgivningen och organisationen, egenskaper hos mobbad och mobbare, den allmänna karaktären i det mänskliga samspelet

inom organisationen samt andra medlemmars beteende i organisationen. Mobbning kan således bero både på faktorer i omgivningen och på personlighet (Einarsen 2000; Hoel m fl 1999; Zapf 1999).

Mätmetoder och prevalens

Olika metoder har använts för att mäta vuxenmobbnings förekomst, prevalens. En del forskare har använt en strategi där mobbningen definieras. Respondenterna frågas om de utsatts för mobbning, enligt definitionen, under de senaste sex eller tolv månaderna. Respondenterna får på så vis själva skatta huruvida de utsatts för mobbning eller inte enligt definitionen. Andra forskare frågar mer direkt om respondenten utsatts för mobbning utan att definiera begreppet. Ytterligare en annan metod är att man ger respondenterna en lista av negativa och tänkbart trakasserande handlingar. Om respondenterna då rapporterar att de utsatts för minst en negativ handling per vecka klassificeras de som mobbningsoffer (Vartia 2003).

Vid användning av metoden där respondenten själv får skatta sin utsatthet, får man en prevalens på två till fem procent i de skandinaviska länderna. Siffrorna är något högre i andra europeiska länder. Denna metod ger något lägre prevalens än metoden där man listar negativa beteenden (Mikkelsen & Einarsen 2001; Quine 2002; Salin 2001).

Vuxenmobbing och dess samband med ohälsa

Vuxenmobbing har betraktats som en allvarlig social stressfaktor på arbetsplatsen (Niedl 1996; Zapf m fl 1996) och som en kritisk livshändelse (Mikkelsen & Einarsen 2002b). Mobbning på arbetsplatsen har i ett flertal studier visat sig orsaka minskad arbetstillfredsställelse (Einarsen & Raknes 1997; Einarsen m fl 1998; Quine 1999), minskat välmående/psykisk hälsa och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Leymann & Gustafsson 1996; Mikkelsen & Einarsen 2002a).

Det finns starka samband mellan upplevd mobbning på arbetsplatsen och minskad psykisk hälsa, ökade nivåer av självrapporterade psykologiska stressymtom, depression, oro och psykosomatiska hälsoproblem (Björkqvist m fl 1994a; Einarsen m fl 1996; 1998; Mikkelsen & Einarsen 2001; 2002; Quine 1999), aggressivitet (Björkqvist m fl 1994a) och mentala hälsosymtom (Hoel & Cooper 2000). Av de många olika mobbningsformerna har attacker mot mobbningsoffrets privatliv visat sig ha de starkaste sambanden med psykisk ohälsa (Einarsen & Raknes 1997; Zapf m fl 1996). Det

är inte bara mobbningsoffren som lider; även människor i omgivningen som observerar mobbningen har rapporterat negativa effekter på sin egen mentala hälsa (Hoel & Cooper 2000).

Studier har visat att mobbningsoffer ofta visar samma symtom som vid posttraumatiskt stressyndrom och många offer upplever mobbningen som det största traumat i deras liv (Leymann & Gustafsson 1996; Mikkelsen & Einarsen 2002a).

Vuxenmobbning har visat sig vara en avgörande faktor för sjukfrånvaro (Kivimäki m fl 2000; Voss m fl 2001). Kivimäki och medarbetare har visat att vuxenmobbning samvarierar med en ökad sjukfrånvaro hos sjukhuspersonal. De mobbade tycks inte tillhöra någon specifik grupp med särskilda demografiska karaktäristika eller särskild yrkesbakgrund (Kivimäki m fl 2000). Voss och medarbetare (2001) fann att kvinnor anställda vid Posten hade en dubbelt så stor risk att sjukskriva sig på grund av arbetsplatsmobbning jämfört med andra yrkesgrupper.

Det har också visat sig finnas kopplingar mellan mobbning och intentioner att säga upp sig (Hoel & Cooper 2000; Vartia 1993b).

Det är inte bara psykiska problem som uppstår av mobbningen; det har även visats att det kan finnas samband mellan mobbning och muskeloskeletala hälsoproblem (Einarsen m fl 1996) vilket kan bero på de spänningar som uppstår inom den mobbade.

Avgränsningar

Som nämnts i inledningen kan vuxenmobbning även utövas av människor utanför arbetsplatsen, exempelvis patienter, elever och klienter. Dessa grupper tillhör inte organisationen på samma sätt som de anställda. De har med andra ord en annan relation till de anställda än den de anställda har sinsemellan. De har också andra specifika kännetecken, nämligen att de ofta befinner sig i ett beroendeförhållande till organisationen och dess anställda. Ofta är organisationen en myndighet som ensidigt kan besluta över individen, till exempel om klienten ska få hjälp eller inte. I arbetsmiljöundersökningarna ingår frågan om huruvida man är indragen i någon form av konflikt eller bråk på arbetsplatsen med människor utanför organisationen till exempel patienter, kunder, klienter, passagerare eller elever. Vi har valt att lämna denna mobbingproblematisering utanför denna undersökning.

Relationen mellan vuxenmobbning och interpersonella konflikter i arbetslivet är oklar. Naturligtvis finns det faktorer som talar för ett sam-

band mellan konflikter och mobbning. Till exempel övergår inte sällan interpersonella konflikter på arbetsplatsen i mobbning. Konflikterna kan övergå i handlingar och beteenden från den ena parten som ligger nära mobbningsbeteendena. Detta gäller särskilt om den ena parten får många andra på arbetsplatsen att ta dennes parti och gadda sig samman emot den andre parten. Gränsen är antagligen hårfin och det finns nog också en stor gråzon där människor far illa oavsett om det handlar om mobbning eller en dåligt hanterad, långvarig konflikt som blivit institutionaliserad och en del av organisationen. Skälet till att vi valt att göra två separata kapitel av vuxenmobbning och konflikter i arbetslivet är dock att vi anser att det finns några viktiga och stora skillnader mellan interpersonella konflikter och mobbning på arbetsplatsen:

1. Arbetsplatsmobbning handlar om en maktobalans och ett maktmissbruk, där en part är starkare och utövar sitt maktövertag över en annan part som är svagare och i underläge. Så är oftast inte fallet vad gäller konflikter, där parterna mycket väl kan vara jämbördiga och inneha en likvärdig maktposition. Mobbningsoffret kommer slutligen alltid till det stadiet att han eller hon är oförmögen att göra något åt situationen. Offret trycks sakta men säkert ned och tappar till slut allt självförtroende, vilket gör att det blir ännu svårare att göra något åt situationen.
2. En annan skillnad är att vuxenmobbning mer uttalat handlar om negativa handlingar av olika slag – alltifrån ryktesspridning till fysiskt våld – och dessa är tänkta att vara eller uppfattas som hotfulla samt att nedvärdera och skada offret. Det finns alltså en tanke bakom mobbningen. Konflikter handlar inte på samma sätt om sådana negativa handlingar, även om gränsen antagligen är hårfin.
3. Interpersonella konflikter kan vara mellanmänskliga konflikter (det vill säga ske mellan individer), strukturkonflikter (när de beror på organisationens eller samhällets struktur) eller intressekonflikter. Just det senare skiljer konflikten markant åt från mobbningen som ju alltid innebär att ett offer utses. Mobbningen riktas således alltid gentemot en annan individ på arbetsplatsen, medan konflikten kan handla om att man helt enkelt har delade meningar i olika intressefrågor.
4. Mobbning är något oerhört negativt och skadligt. Effekterna av mobbningen är enbart skadliga och den som utsatts får ofta kämpa med

denna erfarenhet under resten av sitt liv. Konflikter kan däremot vara positiva och leda till något bättre – förutsatt att konflikten löses på ett bra sätt. Det är dock ovanligt att vi tänker på konflikter som något positivt. Själva ordet har fått en negativ klang. I Arbetsmiljöenkäterna ställs enbart frågor som tyder på att man syftar på konflikter som något negativt, eftersom man inte ställt följdfrågor om positiva eller negativa effekter av konflikten. Detta försvårar för oss när vi ska tolka resultaten, eftersom vi inte kan säga huruvida alla de som varit med om konflikter upplevt en konstruktiv eller destruktiv konflikt på arbetsplatsen.

Sexuella trakasserier är negativa handlingar. En orsaksfaktor till sexuella trakasserier skulle kunna vara att det råder en maktobalans mellan den eller de som trakasserar och deras offer. Med andra ord är det rimligt att anta att sexuella trakasserier endast är en form som mobbning yttrar sig i. Föreliggande studie visar dock att 57,7 procent av de män som uppgav sig vara utsatta för sexuella trakasserier också ansåg sig vara mobbade. Bland kvinnorna var motsvarande siffra 28,2 procent. Dessa data tyder på att det visst finns en överlappning, men att den är begränsad. Sexuella trakasserier förefaller inte enbart vara en form av mobbning. Vi har därför valt att inte addera de två variablerna. Vi menar att frågor kring sexuella trakasserier bör behandlas i en särskild analys. Detta har dock inte visat sig vara möjligt i denna studie, eftersom Arbetsmiljöenkäterna saknar variabler som skulle kunna underlätta en sådan analys.

Bland männen upplevde sig 0,7 procent som sexuellt trakasserade någon gång de senaste tolv månaderna (andelen var något förhöjd inom landstinget – 3,1 procent), medan motsvarande andel var 2,0 procent hos kvinnorna (här var den lägsta andelen, 0,9 procent, inom primärkommunal verksamhet, en förhöjd andel fanns hos kvinnorna inom statlig verksamhet – 4,0 procent). När respondenterna delas upp i arbetsledare och ej arbetsledare finner vi att 3,0 procent av de kvinnliga arbetsledarna upplevde sig utsatta för sexuella trakasserier. Motsvarande andel var 0,5 procent bland männen. Även om procentandelarna är små menar vi att det bör göras analyser av problematiken. I vårt datamaterial är antalet individer som varit föremål för sexuella trakasserier så blygsamt att några tillförlitliga statistiska analyser inte låter sig göras. Vi har valt att lämna denna mobbningsproblematik utanför undersökningen, väl medvetna om att en betydande andel av respondenterna är utsatta för sexuella trakasserier och mobbade.

Övergripande syfte

Syftet med den föreliggande studien är att:

1. prospektivt studera hälsoeffekter av mobbning i arbetslivet,
2. beskriva mobbning i åtta kontrasterade situationer som skiljer sig åt med avseende på stöd från överordnade, arbetskamrater och kontroll,
3. undersöka betydelsen av arbetsmiljö och anställningsotrygghet för vuxenmobbning.

Specifika frågeställningar

1. Vika konsekvenser har vuxenmobbning för ohälsa och långtidssjukskrivning?
2. Föreligger det skillnader mellan män och kvinnor när det gäller mobbning?
3. Vilka grupper är särskilt utsatta för mobbning?
4. Hur påverkar arbetsmiljö och anställningsotrygghet vuxenmobbning?

Material och metod

Arbetsmiljöundersökningarna 1989–99 länkades med Registret för företagsstatistik (RAMS och FAD), RFV:s sjukförsäkringsregister, sociala data ur LOUIS, FOB 90 med mera. Registret innehåller cirka 75 000 individer – en vid undersökningstillfällets start frisk yrkesarbetande för Sverige representativ grupp män och kvinnor (icke sjukskrivna; icke studerande; närvarande på arbetet). I föreliggande undersökning har vi använt den fråga om mobbning i arbetslivet som ställts från och med 1995 års undersökning, och vi använde såväl 1995, 1997 som 1999 års undersökningar.

Följande variabler och variabelgrupper användes.

Hälsa

Sjukskrivning. Fyra olika mått hämtade från Riksförsäkringsverket har använts för att mäta sjukskrivning:

1. Sjukskriven minst 60 dagar två år efter att respondenten deltagit i arbetsmiljöundersökningen.
2. Sjukskriven minst 60 dagar året efter att respondenten deltagit i arbetsmiljöundersökningen.
3. Sjukskriven minst 30 dagar det år då respondenten deltog i arbetsmiljöundersökningen.

4. Sjukskriven utöver arbetsgivarperioden det år då respondenten deltog i arbetsmiljöundersökningen.

Ont efter arbetet

Har du efter arbetet ont på något av följande ställen: ryggen, axlar, armar, händer, höfter, ben, fötter? Svartalternativen var varje dag, en dag av två, en dag av fem, en dag av tio och inte alls eller sällan de senaste tre månaderna. Svartalternativen transformerades till antalet arbetsdagar under de senaste tre månaderna då respondenten upplevt smärta. En kontinuerlig variabel bildades (2,5–300) Variabeln dikotomiserades mellan den högsta tertilen (39–300) som hade mest smärta och övriga.

Psykosomatiska symtom

Har du under de senaste tre månaderna haft huvudvärk, varit trött och håglös, haft ögonbesvär, haft magproblem? Svartalternativen var samma som för fysiska symtom. Transformeringsen gjordes också på samma sätt som för fysiska symtom. Skalan löpte från 1,5–180. Den högsta tertilen (26–180) hade flest psykosomatiska symtom.

Arbetsplatsförhållanden

Olust att gå till arbetet: Händer det att du känner olust när du går till arbetet (Varje dag – Inte alls)?

Kan ej koppla av efter arbetet

Händer det att du inte kan koppla av tankarna på arbetet när du är ledig (Varje dag – Inte alls)?

Misströstan av svårigheter

Händer det att du känner dig illa till mods och misströstar, som följd av svårigheter som du ställs inför på jobbet (Varje dag – Inte alls)?

Mobbning

Är du utsatt för personlig förföljelse genom elaka ord eller handlingar från chefer eller arbetskamrater? Frågan har dikotomiserats. Svarkategorierna från ”varje dag” till ”någon gång de sista 12 månaderna” har förts samman och får beteckna att respondenten anser sig vara utsatt för mobbning. Svaret

”Inte alls de sista 12 månaderna” har fått beteckna att man inte anser sig utsatt för mobbning. En uppdelning i flera kategorier hade gett alltför få observationer, eftersom prevalensen trots allt är ganska liten (se tabell 4.1).

Tabell 4.1. Fördelning av svar på frågan om mobning.

	Kvinnor		Män	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Varje dag	35	0,3	27	0,3
1 dag av 2	31	0,3	28	0,3
1 dag av 5	28	0,3	34	0,4
1 dag av 10	55	0,5	74	0,8
Några gånger sista 3 månaderna	146	1,4	147	1,5
Någon gång sista 12 månaderna	560	5,5	514	5,3
Inte alls sista 12 månaderna	9 368	91,6	8 846	91,5

Höga krav

Ett index har byggts upp av fem frågor: Om man måste hoppa över luncher och jobba övertid på grund av arbetsbördan? Om man inte har tid att prata om annat än jobb? Om man har för mycket att göra? Om man har för svåra arbetsuppgifter? Om arbetsuppgifterna är psykiskt ansträngande?

Låg kontroll

Ett dikotomiserat index har bildats ur tre frågor: Har du möjlighet att själv bestämma din arbetstakt? Kan du delvis själv bestämma när olika arbetsuppgifter ska göras? Händer det att du är med och beslutar om uppläggnen av ditt arbete? Den sämsta tertilen betecknades som låg kontroll.

Stöd från chefer

Har du möjlighet att få stöd och uppmuntran från chefer när arbetet känns besvärligt? ”Alltid” och ”för det mesta” benämns ”bra stöd” och ”för det mesta”, ”inte” och ”aldrig” benämns ”dåligt chefsstöd”.

Stöd från arbetskamrater

Har du möjlighet att få stöd och uppmuntran från arbetskamrater när arbetet känns besvärligt? ”Alltid” och ”för det mesta” benämns ”bra stöd” och ”för det mesta”, ”inte” och ”aldrig” benämns ”dåligt kamratstöd”.

Konflikter med chefer

Är du indragen i någon form av konflikt eller bråk med chefer på din arbetsplats? Svartalternativet "Inte alls de sista 12 månaderna" har ställts mot svartalternativen som sträcker sig från varje dag till någon gång de sista 12 månaderna.

Konflikter med arbetskamrater

Är du indragen i någon form av konflikt eller bråk med arbetskamrater på din arbetsplats? Svartalternativet "Inte alls de sista 12 månaderna" har ställts mot svartalternativen som sträcker sig från varje dag till någon gång de sista 12 månaderna.

Sexuella trakasserier

Är du utsatt för sexuella trakasserier från chefer eller arbetskamrater på din arbetsplats? Svaren har dikotomiserats på samma sett som konfliktvariablerna ovan.

Anställningstrygghet

Tre dikotoma variabler (svartalternativ ja, nej) ska mäta respondentens upplevelse av sin anställningstrygghet: "Risk för nedskärningar eller nedläggning" *Finns det planer på din arbetsplats att skära ned eller lägga ned verksamheten helt?* "Risk för ofrivillig förflyttning" *Finns det en risk för att du mot din vilja förflyttas till annat arbete?* "Hot om permittering" *Finns det ett hot om permittering eller uppsägning?*

Övrigt

Position: Arbetsledare ej arbetsledare – Arbetare/tjänstemän. *Socialklass:* Fem nivåer efter utbildning. *Sektor:* Privat, stat, kommun, landsting.

Analysmetod: I ett första steg studerades förekomst av mobbning i olika arbetsmarknadssektorer samt bland arbetsledare respektive icke arbetsledare. I ett andra steg undersöktes skillnaden mellan mobbade och icke mobbade då det gäller hälsa, arbetssituation och anställningstrygghet med mera. I ett tredje steg studerades sambanden mellan mobbning och risken att drabbas av ohälsa prospektivt med hjälp av binära logistiska regressioner under konstanthållande av tidigare ohälsa och demografiska variabler. Sjukskrivning

och förtidspensionering studerades ett eller flera år efter att individen deltagit i arbetsmiljöundersökningen. Analyserna gjordes separat för män och kvinnor.

Åtta kontrasterande situationer etablerades, definierade med hjälp av högt-lågt chefsstöd, högt-lågt kamratstöd samt hög-låg kontroll. Respondenter som uppgav att de hade bra stöd från såväl chefer som arbetskamrater betecknades med "dubbelt stöd". De som uppgav att de hade bra stöd från sina chefer men inte från sina arbetskamrater betecknades med "endast chefsstöd". De som hade dåligt stöd från sina chefer men bra stöd från arbetskamrater betecknades med "endast kamratstöd". Slutligen betecknades de som hade dåligt stöd från såväl chefer som arbetskamrater med "svagt stöd". Varje grupp delades sedan upp i de med hög kontroll och de med låg kontroll i arbetet. På så sätt skapades åtta kontrasterande grupper.

Logistisk regression användes för dikotoma utfall. Resultaten för de exponerade grupperna jämfört med referensgrupperna presenteras som odds-kvoter med ett 95-procentigt konfidensintervall. Referensgruppen i den första analysen var de som hade "dubbelt stöd" och hög kontroll. I analysen kontrollerades för ålder. Analysen gjordes separat för män och kvinnor. I ett sista steg undersöktes de samlade effekterna av tillgängliga arbetsmiljövariabler.

Resultat

Andelen män som uppger att de varit utsatta för mobbning någon gång de senaste tolv månaderna uppgår till 8,6 procent. Bland kvinnorna är andelen 8,5 procent. Inom den privata sektorn finns inga könsskillnader. Prevalensen i offentlig sektor ligger högre än i den privata. Inom den offentliga sektorn ligger den primärkommunala verksamheten högst (för männen 12,0 pro-

Tabell 4.2. Andelen personer (i procent) som upplevt sig vara utsatta för mobbning någon gång de senaste tolv månaderna uppdelat på arbetsmarknadssektor (N = 19 179).

Arbetsmarknadssektor	Kvinnor	Män
Stat	9,0	10,5
Primärkommunal ^a	8,9	12,0
Landsting	8,8	9,7
Privat	7,9	8,0
Totalt	8,5	8,6
Signifikans för skillnad mellan sektorer (chi-kvadrattest)	p = 0,374	p = 0,000

a. Till primärkommunal räknas även "övriga offentliga institutioner".

cent vilket ska jämföras med 8,9 procent för kvinnorna) och i staten ligger den högst för kvinnorna (9,0 procent). Se vidare tabell 4.2.

För männen är skillnaderna små då det gäller mobbning bland arbetsledare i jämförelse med icke arbetsledare (även om skillnaderna statistiskt är signifikanta). För kvinnorna är situationen annorlunda. Kvinnliga arbetsledare är mera utsatta än kvinnor i icke arbetsledande ställning. Skillnader finns således också mellan manliga och kvinnliga arbetsledare. Se vidare tabell 4.3.

Tabell 4.3. Andelen personer (i procent) som upplevt sig vara utsatta för mobbning någon gång de senaste tolv månaderna uppdelat på arbetsledare och icke arbetsledare (N = 19 888).

	Kvinnor	Män
Ej arbetsledare	7,5	8,1
Arbetsledare	11,1	9,3
Totalt	8,4	8,5
Signifikans för skillnad mellan arbetsledare/ej arbetsledare ^a	p = 0,000	p = 0,048

a. Fishers exakta test.

Det är rimligt att anta att personer som uppger att de är utsatta för mobbning har en sämre situation i övrigt på arbetet. Vi har därför jämfört de mobbade med icke mobbade då det gäller deras hälsosituation och arbets-situation. Resultatet framgår av tabell 4.4. Vi har använt en rad olika sjuk-skrivningsmått och mått på ohälsa. Genomgående är andelen som varit sjukskrivna högre bland dem som är utsatta för mobbning. Det gäller såväl för långtidssjukskrivning som för sjukskrivning överhuvudtaget. De procentuella skillnaderna är betydande och skillnaderna är också signifikanta. Mönstret är detsamma för både män och kvinnor.

Psykosomatiska besvär, det vill säga huvudvärk, trötthet och håglöshet, ögonbesvär och magproblem, är vanliga i den arbetande befolkningen, men andelen är klart vanligare bland de mobbade. Det är en skillnad på drygt 22 procentenheter för kvinnor och män. Psykosomatiska symtom är ungefär lika vanliga i den arbetande befolkningen som de fysiska symtomen, det vill säga ont efter arbetet i rygg, axlar, armar, händer, höfter, ben och fötter. När det gäller de fysiska symtomen är skillnaderna mycket stora mellan mobbade och icke mobbade – drygt 19 procentenheter för kvinnor och nästan 15 procentenheter för män.

Det kan då tyckas mera naturligt att människor som är utsatta för mobbning känner olust inför att gå till jobbet. Cirka 73 procent av kvinnorna och

nästan 66 procent av männen känner så, men det som kanske är värt att notera är hur vanlig olustkänslan är även hos övriga icke mobbade – cirka 38 procent upplever det så.

Känslor av olust inför arbetet kan hänga samman med känslor av att känna sig illa till mods och känslor av misströstan inför svårigheter på jobbet. Svårigheterna kan till exempel vara själva arbetsuppgifterna, den

Tabell 4.4. Förekomst i procent av olika slags ohälsa, symtom och arbetsplatsproblem hos mobbade respektive ej mobbade personer, uppdelat på kvinnor och män. Procent.

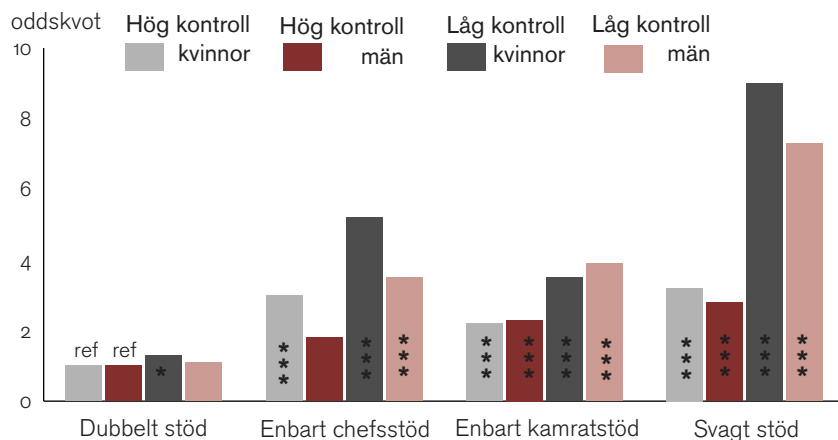
	Kvinnor (n = 10 223)			Män (n = 9 670)		
	Ej mobbade	Mobbade	Sign	Ej mobbade	Mobbade	Sign
Sjuk minst 60 dagar 2 år efter AMU	15,6	24,3	0,000	7,7	13,6	0,000
Sjuk minst 60 dagar året efter AMU	10,0	17,6	0,000	4,6	7,8	0,006
Sjuk minst 30 dagar under AMU-året	11,4	17,5	0,000	6,3	8,4	0,026
Sjukregistrerad under AMU-året	13,6	20,9	0,000	7,8	10,1	0,027
Psykosomatiska symtom	42,1	64,0	0,000	31,1	51,9	0,000
Fysiska symtom	44,9	64,1	0,000	33,0	47,8	0,000
Kan ej koppla av efter arbetet	29,8	51,0	0,000	27,8	39,5	0,000
Olust att gå till arbetet	38,4	73,2	0,000	37,1	66,3	0,000
Misströstan av svårigheter	34,2	67,0	0,000	31,2	61,1	0,000
Arbetare	43,5	41,2	0,264	52,1	52,4	0,902
Låg kontroll	56,9	67,5	0,000	41,6	55,6	0,000
Dåligt chefsstöd	30,6	54,6	0,000	36,9	64,7	0,000
Dåligt stöd från arbetskamrater	10,9	28,1	0,000	18,7	35,8	0,000
Konflikter med chefer	23,2	58,9	0,000	29,9	74,4	0,000
Konflikter med arbetskamrater	29,8	72,6	0,000	30,7	73,6	0,000
Sexuella trakasserier	1,5	6,7	0,000	0,3	4,9	0,000
Risk för nedskärningar/ nedläggning	15,8	17,9	0,058	12,0	16,7	0,000
Risk för ofrivillig förflyttning	16,6	23,8	0,000	11,7	22,7	0,000
Hot om permittering	12,3	15,6	0,006	11,2	15,8	0,000

allmänna situationen på arbetet eller det faktum att man är utsatt för mobbning. Våra resultat visar att en dubbelt så stor andel av dem som uppger sig vara föremål för mobbning som dem som inte uppger sig vara det upplever misströstan inför svårigheter på jobbet. Resultaten gäller såväl män som kvinnor.

Ungefär en fjärdedel av den arbetande befolkningen som inte är mobbad uppger att de har svårigheter att koppla av tankar på jobbet när de är lediga. För de mobbade kvinnorna är andelen 51,0 procent och för männen 39,5.

Mobbning är en mäktig metod genom vilken grupper agerar för att utesluta andra. Zapf (1999) har visat att 91 procent av dem som mobbats på en arbetsplats kände att det slutgiltiga målet var att tvinga bort dem från arbetsplatsen. Mot den bakgrunden är det rimligt att anta att mobbningsoffer faktiskt känner sig mera hotade i sin anställning än vad andra anställda gör. Våra resultat ger näring åt denna tanke. Skillnaderna – mellan fem och tio procentenheter – är inte dramatiska men påtagliga och signifikanta. Oron är något större bland kvinnor.

Risken för att bli utsatt för mobbning i de åtta kontrasterande stöd- och kontrollgrupperna framgår av figur 4.1. Alla grupper med undantag för gruppen ”dubbelt stöd med låg kontroll” hade en signifikant högre risk att



Figur 4.1. Risken för att drabbas av mobbning uttryckt i oddskvoter för personer i åtta kontrasterande situationer med avseende på stöd och kontroll. Resultaten redovisas separat för män och kvinnor, med kategorin dubbelt stöd med hög kontroll som referens.

utsättas för mobbning jämfört med referensgruppen ”dubbelt stöd med hög kontroll”. I samtliga grupper löpte de med hög kontroll en mindre risk att utsättas för mobbning jämfört med dem som hade låg kontroll. För både män och kvinnor hade gruppen ”svagt stöd med låg kontroll” den högsta oddskvoten och löper en flerfaldigt högre risk att mobbas.

Risken att bli sjukskriven mer än 60 dagar under två år efter att undersökningspersonerna uppgivit att de varit utsatta för mobbning är förhöjd. För män är oddskvoten 1,71 och för kvinnor 1,52. Vi har då kontrollerat för ålder, sektor, ställning i organisationen, stöd och kontroll. Vi har också kontrollerat för respondenternas upplevelse av sin anställningstrygghet. Slutligen har vi också kontrollerat för respondenternas tidigare sjukskrivning (se vidare tabell 4.5).

Mobbningens betydelse för sjukskrivningen kan uppskattas med den så kallade etiologiska fraktionen, vilket innebär en beräkning av hur stor andel människor i befolkningen som drabbas av sjukskrivning på grund av mobbning. När det gäller sjukskrivning över 60 dagar de två följande åren är den

Tabell 4.5. Sjukskrivning 60 dagar eller mer under de två år som följde på AMU. Odds-kvoter med 95-procentig konfidensintervall (inom parentes). Logistiska regressioner separat för kvinnor och män.

	Kvinnor		Män	
	Oddskvot	Signi- fikans	Oddskvot	Signi- fikans
Ålder (ref = 16–29 år)	1	0,000	1	0,000
30–49 år	1,13 (0,87–1,46)	0,358	2,98 (1,84–4,82)	0,000
50–65 år	1,80 (1,38–2,35)	0,000	5,20 (3,20–8,44)	0,000
Mobbad	1,52 (1,16–2,01)	0,003	1,71 (1,21–2,40)	0,002
Sektor (ref = privat)	1	0,219	1	0,087
Stat	0,92 (0,62–1,34)	0,647	0,58 (0,35–0,94)	0,028
Kommun	1,16 (0,96–1,39)	0,127	0,85 (0,59–1,23)	0,389
Landsting	0,91 (0,69–1,20)	0,508	0,61 (0,29–1,28)	0,191
Arbetsledare	1,20 (0,97–1,47)	0,091	1,20 (0,94–1,54)	0,146
God kontroll	0,83 (0,70–0,99)	0,035	0,77 (0,61–0,97)	0,024
Bristande chefsstöd	1,07 (0,89–1,28)	0,479	1,13 (0,88–1,46)	0,330
Bristande arbetskamratsstöd	1,31 (1,02–1,68)	0,035	1,03 (0,77–1,37)	0,837
Risk för nedskärning/ nedläggning	0,97 (0,78–1,19)	0,747	1,25 (0,92–1,70)	0,160
Sjukskrivning 2 år tidigare ^a	1,53 (1,47–1,60)	0,000	1,64 (1,54–1,74)	0,000

a. Kontinuerlig variabel, den naturliga logaritmen av antalet registrerade dagar plus ett.

för kvinnorna 2,9 procent och för männen 3,6 procent. I detta sammanhang kan det tolkas som att om man lyckades eliminera mobbningen så skulle de långa sjukskrivningarna kunna minska med cirka tre procent.

Tabell 4.6. Sjukskrivning 60 dagar eller mer under de två år som följer på AMU i relation till mobbning. Oddskvoter för mobbning i relation till sjukskrivning med 95-procentig konfidenstervall. Hierarkiska logistiska regressioner separat för män och kvinnor.

	Män		Kvinnor	
	Oddskvot	Sign	Oddskvot	Sign
Modell 1	1,97 (1,40–2,78)	0,000	1,94 (1,48–2,54)	0,000
Modell 2	1,87 (1,31–2,67)	0,001	1,82 (1,38–2,40)	0,000
Modell 3	1,84 (1,27–2,67)	0,001	1,66 (1,23–2,24)	0,001

Modell 1 = Under kontroll för ålder (tre klasser), socialklass (fem nivåer) och arbetsmarknadssektor (offentlig/privat).

Modell 2 = Modell 1 plus kontroll för arbetsledarskap, krav, kontroll, chefsstöd, arbetskamratsstöd samt upplevd risk för nedskärningar.

Modell 3 = Modell 2 plus kontroll för tidigare sjukskrivning (kontinuerlig variabel, den naturliga logaritmen av antalet registrerade dagar plus ett).

Slutligen undersöktes om några arbetsmiljöfaktorer mer generellt modifierar mobbningens effekter på långtidssjukskrivningen. För att undersöka detta gjordes en stegvis logistisk regression. I första steget kontrollerades bara för ålder, sektor och social tillhörighet. I nästa steg kontrollerades för arbetsmiljöfaktorerna (krav, kontroll, stöd, arbetsledarskap och risk för nedskärningar). Det visade sig att detta enbart i ringa utsträckning påverkade risken att bli mobbad. (I ett sista steg kontrollerades även för tidigare sjukskrivning. Resultatet påverkades också då marginellt.) Resultatet tyder på att mobbning är en separat riskfaktor i förhållande till traditionella mått på arbetsmiljöförhållanden. Det kan dock inte uteslutas att det finns andra arbetsplatsförhållanden som är länkade till vuxenmobbning och som därmed skulle kunna påverka mobbningen. Den enda arbetsmiljöfaktor som tycks vara betydelsefull i föreliggande undersökning är således egenkontrollen i arbetet, som tycks minska risken för mobbning.

Resultatsammanfattning

Resultatet av litteraturgenomgången visar att det finns relativt få studier som undersöker organisatoriska faktorer (omgivningsfaktorer) koppling till vuxenmobbning, men en viss ökning tycks vara på väg. Det mesta av den befintliga forskningen på området betonar psykologiska faktorer – indi-

videns personlighet och beteenden – som förklaringar till vuxenmobbing. Det finns heller inte många studier som kartlagt mobbingens samband med ohälsa. Det ska dock understrykas att det finns andra aspekter av mobbing som är betydligt mer utforskade än vuxen- och arbetsplatsmobbing; det finns till exempel relativt mycket forskning om mobbing när det handlar om skolmiljön och mobbing bland skolbarn.

Ytterligare ett resultat av litteratursökningen är att det finns vissa frågetecken kring sambandet mellan exempelvis vuxenmobbing och interpersonella konflikter i arbetslivet samt mellan vuxenmobbing och sexuella trakasserier.

Resultaten i den föreliggande undersökningen visar att 8,6 procent av männen och 8,5 procent av kvinnorna varit utsatta för mobbing någon gång de senaste tolv månaderna. Det verkar således inte finnas några signifikanta skillnader mellan könen. Däremot tycks det finnas könsskillnader när det gäller konsekvenserna av mobbingen, även om dessa skillnader i vissa fall är ganska små. Exempelvis uppger fler kvinnor, 73 procent mot männens 66, att de upplever olust att gå till jobbet. Dubbelt så många bland de mobbade upplever misströstan inför svårigheter på arbetet jämfört med dem som inte är utsatta för mobbing.

Psykosomatiska besvär (huvudvärk, trötthet och håglöshet, ögonbesvär, magproblem) är vanligare bland personer som varit utsatta för mobbing. Kvinnor lider mer än männen av såväl psykosomatiska besvär som fysiska symtom (ont efter arbetet i rygg, axlar, armar, händer, höfter, ben, fötter) till följd av mobbingen. Även fysiska symtom är mycket vanligare bland dem som utsatts för mobbing än dem som inte varit utsatta (64,1 procent för kvinnor och 47,8 för män). Det tycks vara något vanligare med mobbing inom den offentliga sektorn än inom den privata. Särskilt gäller detta män i primärkommunal verksamhet.

För männen är skillnaderna små då det gäller mobbing bland arbetsledare i jämförelse med icke arbetsledare (även om skillnaderna är statistiskt signifikanta). Kvinnliga arbetsledare tycks dock vara mer utsatta än kvinnor i icke arbetsledande ställning (11 procent). Det verkar också vara dubbelt så vanligt med konflikter med chefer och arbetskamrater bland de mobbade (60–70 procent jämfört med 23–30).

Personer som är utsatta för mobbing verkar ha det generellt sämre på arbetet. Resultaten visar att sjukfrånvaron (både långtidssjukskrivning och sjukskrivning totalt) är högre bland dem som är utsatta för mobbing. För

både män och kvinnor finns en markant risk att bli långtidssjukskriven. Om man lyckades eliminera mobbningen så skulle de långa sjukskrivningarna kunna minska med cirka tre procent.

Mobbningsoffer känner sig mera hotade i sin anställning än övriga anställda. Oron att mista jobbet är något högre bland kvinnor. Det finns studier (Zapf 1999) som visar att 91 procent av dem som uppgett att de blivit mobbade uppfattade att syftet med mobbningen var att tvinga bort dem från arbetsplatsen. Arbetsrätten anger de legala formerna för hur en anställning kan upphöra (saklig grund för uppsägning). Man kan se mobbning som en illegal form för ett få arbetskamrater att sluta sin anställning. Långtidssjukskrivning kan då ses som ett steg ut ur organisationen. Anställda som har goda möjligheter att erhålla ett nytt arbete kan, om de blir utsatta för mobbning, säga upp sig. Anställda som befinner sig i en "inlåst" situation löper då större risk att bli offer.

Vi har i denna undersökning inte kunnat besvara vad som kan tänkas vara mobbningens organisatoriska drivkrafter. Anledningen är att vi saknar variabler i Arbetsmiljöenkäterna för att undersöka detta. Ett intressant resultat av vår undersökning är dock att egenkontroll minskar risken att utsättas för mobbning. I samtliga grupper löpte de med hög kontroll en mindre risk att utsättas för mobbning jämfört med dem som hade låg kontroll.

Referenser

- Ashforth B (1994) "Petty Tyranny in Organizations" *Human Relations*, 47(7), s 755–778.
- Baron RA & Neuman JH (1996) "Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence on Their Relative Frequency and Potential Causes" *Aggressive Behaviour*, 22(3), s 161–173.
- Björkqvist K (1992) "Trakassering förekommer bland anställda vid ÅA" Meddelande från Åbo Akademi, 9, s 14–17.
- Björkqvist K, Ekman K & Lagespetz K (1982) "Bullies and Victims: Their Ego Picture, Ideal Ego Picture and Normative Ego Picture" *Scandinavian Journal of Psychology*, 23, s 307–313.
- Björkqvist K, Österman K & Hjelt-Bäck M (1994) "Aggression Among University Employees" *Aggressive Behaviour*, 20, s 173–184.
- Brotsky C M (1976) *The Harassed Worker*. Toronto: Lexington Books.

- Coyne I, Seigne E & Randall P (2000) "Predicting Workplace Victim Status from Personality" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 9(3), s 335–349.
- Dawn J, Cowie H & Ananiadou K (2003) "Perceptions and Experience of Workplace Bullying in Five Different Working Populations" *Aggressive Behavior*, vol 29, s 489–496.
- Einarsen S (1996) *Bullying and Harassment at Work: Epidemiological and Psychological Aspects*. University of Bergen: Faculty of Psychology.
- Einarsen S (2000) "Harassment and Bullying at Work; A Review of the Scandinavian Approach" *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), s 379–401.
- Einarsen S, Matthiesen S & Skogstad A (1998) "Bullying, Burnout and Well-being among Assistant Nurses" *Journal of Occupational Health and Safety*, 14(6), s 563–568.
- Einarsen S & Raknes BI (1997) "Harassment at Work and the Vicimization of Men" *Victims and Violence*, 12, 3, s 247–263.
- Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB & Hellesoy OH (1996) "Helsemessige aspekter ved mobbing i arbeidslivet. Modererende effekter av sosial støtte og personlighet" *Nordisk Psykologi*, 48(2), s 116–137.
- Einarsen S & Skogstad A (1996) "Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), s 185–201.
- Graveson G (1998) "Workplace Bullying – The Abuse of Power" *British Journal of Theatre Nursing*, vol 7, no 11, February.
- Hoel H & Cooper CL (2000) *Destructive Conflict and Bullying at Work*. Manchester School of Management: University of Manchester Institute of Science and Technology (UMIST).
- Hoel H, Cooper CL & Faragher B (2001) "The Experience of Bullying in Great Britain: The Impact of Organizational Status" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), s 443–465.
- Hoel H, Rayner C & Cooper C (1999) "Workplace Bullying" *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 14, s 195–230.
- Hubert AB & Veldhoven van M (2001) "Risk Sectors for Undesirable Behaviour and Mobbing" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), s 415–424.

- Keashly L (1998) "Emotional Abuse in the Workplace: Conceptual and Empirical Issues" *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), s 85–117.
- Keashly L, Trott V & MacLean LM (1994) "Abusive Behavior in the Workplace: A Preliminary Investigation" *Violence and Victims*, 9(4), s 341–357.
- Kivimäki M, Elovainio M & Vahtera J (2000) "Workplace Bullying and Sickness Absence in Hospital Staff" *Occupational Environmental Medicine*, 57, s 656–660.
- Leymann H (1986) *Vuxenmobbing – om psykiskt våld i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Leymann H (1990) "Mobbing and Psychological Terror at Workplaces" *Violence and Victims*, 5(2), s 119–126.
- Leymann H (1992) *Vuxenmobbing på svenska arbetsplatser*. Solna: Arbetsarkivstyrelsen.
- Leymann H (1996) "The Content and Development of Bullying at Work" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 2, s 165–184.
- Leymann H & Gustafsson A (1996) "Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorder" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), s 251–275.
- Leymann H & Tallgren U (1989) "Undersökning av frekvensen av vuxenmobbing inom SSAB med ett nytt formulär" *Arbete, människa, miljö*, 1, s 3–12.
- Mikkelsen EG & Einarsen S (2001) "Bullying in Danish Work-life: Prevalence and Health Correlates" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), s 393–413.
- Mikkelsen EG & Einarsen S (2002a) "Basic Assumptions and Symptoms of Post-traumatic Stress among Victims of Bullying at Work" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(1), s 87–111.
- Mikkelsen EG & Einarsen S (2002b) *Relationships between Exposure to Bullying at Work and Psychological and Psychosomatic Health Complaints: The Role of State Negative Affectivity and Generalized Self-efficacy*. Oxford, Storbritannien och Malden, USA: The Scandinavian Psychological Associations.
- Niedl K (1996) "Mobbing and Well-being: Economic and Personnel Development Implications" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), s 239–249.
- Nuutinen I, Kauppinen K & Kandolin I (1999) *Tasa-arvo poliisitoimessa*. Helsingfors: Työterveyslaitos, Sisäasianministeriö.

- Paoli P & Merllie D (2000) *Third European Survey on Working Conditions in the European Union (2000)*. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for the Official Publications of the European Communities.
- Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M & Virtanen S (2000) *Työ ja terveys – haastattelututkimus*. Helsingfors: Työterveyslaitos.
- Quine L (1999) "Workplace Bullying in NHS Community Trust: Staff Questionnaire Survey" *British Medical Journal*, 318, s 228–232.
- Quine L (2002) "Workplace Bullying in Junior Doctors: Questionnaire Survey" *British Medical Journal*, 324, s 878–879.
- Quine L (2003) *Workplace Bullying, Psychological Distress, and Job Satisfaction in Junior Doctors*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 12, s 91–101. Cambridge University Press, USA.
- Rospenda KM (2002) "Workplace Harassment, Services Utilization, and Drinking Outcomes" *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2), s 141–155.
- Salin D (2001) "Prevalence and Forms of Bullying among Business Professionals: A Comparison of Two Different Strategies for Measuring Bullying" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), s 425–441.
- Salin D (2003) *Ways of Explaining Work-place Bullying: A Review of Enabling, Motivating and Precipitating Structures and Processes in the Work Environment*. London: Sage publication.
- Sutela H & Lehto A-M (1998) "Henkinen väkivalta on koko työyhteisön ongelma" *Hyvinvointikatsaus*, 3, s 18–24.
- Thylefors I (1987) *Syndbockar. Om utstötning och mobbning i arbetslivet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Vartia M (1991) "Bullying at Workplaces" s 131–135 i Lehtinen S, Rantanen J, Juuti P, Koskela A, Lindström K, Rehnström P & Saari J (red) *Towards the 21st Century. Work in the 1990s. Proceedings of an International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life, 13–15 August 1991, Helsinki*. Proceedings 3, Aavaranta series 29, Helsingfors: Finnish Institute of Occupational Health, Finnish Employers' Management Development Institute FEMDI.
- Vartia M (1993a) "Psychological Harassment (Bullying, Mobbing) at Work" s 149–152 i Kauppinen-Toropainen K (red) *OECD Panel Group on Women*,

- Work and Health*. National report: Finland, Helsingfors: Ministry of Social Affairs and Health, Publications 6/1993.
- Vartia M (1993b) "The Consequences of Psychological Harassment (Mobbing) at Work" Paper presented at the III European Congress of Psychology, July 4–9, Tampere, Finland, Book of abstracts, s 139.
- Vartia M (2003) *Workplace Bullying. A Study on the Work Environment, Well-being and Health*. People and work research reports 56, Helsingfors: Finnish Institute of Occupational Health.
- Voss M, Floderus B & Diderichsen F (2001) "Physical, Psychosocial, and Organizational Factors Relative to Sickness Absence: A Study Based on Sweden Post" *Occupational Environmental Medicine*, 58, s 178–184.
- Wilson CB (1991) "U.S. Businesses Suffer from Workplace Trauma" *Personnel Journal*, July, s 47–50.
- Zapf D (1999) "Organizational, Work Group Related and Personal Causes of Mobbing/bullying at Work" *International Journal of Manpower*, 20(1/2), s 70–85.
- Zapf D & Einarsen S (2001) "Bullying in the Workplace: Recent Trend in Research and Practice – An Introduction" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), s 369–373.
- Zapf D, Knorz C & Kulla M (1996) "On the Relationship between Mobbing Factors, and Job Content, Social Work Environment, and Health Outcomes" *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), s 215–237.

5. Konflikter och sjukskrivning

Gabriel Oxenstierna, Maria Widmark, Hugo Westerlund och Töres Theorell

DAGENS ARBETSPLATSER ÄR INSTABILA OCH FÖRÄNDERLIGA. Omorganiseringar ses mer som ett naturligt inslag i planeringen av verksamheten än som engångsföreteelser. Negativa interpersonella konflikter på arbetsplatsen blir därmed oundvikliga i den föränderliga arbetsmiljön. Konstruktiva lösningar på konflikter kan leda till att organisationen och utvecklingen går framåt medan illa skötta konflikter däremot kan orsaka trakasserier, mobbning, sjukskrivningar, utfrysning, ökad personalomsättning och i värsta fall att människor slås ut från arbetsmarknaden.

Före 1970-talet var interpersonella konflikter ett begränsat forskningsområde, men 1976 kom en tvärsnittsstudie (Cooper & Marshall 1976) som visade att interpersonella konflikter på arbetsplatsen kan leda till minskad arbetstillfredsställelse och minskat välmående. I slutet av 1980-talet kom en ny studie som uppmärksammade att ämnet interpersonella konflikter borde utgöra ett mer självständigt forskningsområde, eftersom ämnet skiljer sig från det väl välforskade området psykosociala interpersonella interaktioner och eftersom konsekvenserna även de skiljer sig från andra typer av mellanmänniskliga interaktioner (House m fl 1988).

I föreliggande undersökning avser vi att studera hälsoeffekter av interpersonella konflikter i arbetslivet samt undersöka några arbetsmiljöfaktors betydelse i sammanhanget. Inledningsvis presenteras en kunskapsöversikt över forskningsområdet.

Definitioner

Ordet konflikt har ingen precis definition. Ordet har en negativ klang och väcker oftast associationer till ilska, stress, sårbarhet och kamp. Detta kan bero på att man sätter likhetstecken mellan konflikten i sig och destruktiv konfliktthantering. Konflikten har sällan enbart helt negativa konsekvenser (Granström 1981). Varje konflikt har sin speciella karaktär och dynamik. Det finns medvetna och omedvetna konflikter, mer eller mindre känsloladdade konflikter och konflikterna kan dessutom vara mellanmänniskliga eller vara intressekonflikter. En konflikt som har sin orsak i organisationens

eller samhällets struktur brukar benämnas system- eller strukturkonflikt (Aschenbrener 1999).

Fenomenet interpersonella konflikter beror av många faktorer och är komplext. Till exempel har det i forskningen framställts som en del av det sociala nätverket, som en negativ livshändelse, som en negativ sida av socialt stöd och som en självständig stressfaktor i arbetslivet (Appelberg 1996). Det finns också de som anser att det finns en stark koppling mellan konflikter och arbetsplats- och vuxenmobbing.

Många forskningsrapporter visar att ett brett socialt nätverk har skyddande effekter mot bland annat astma, depression, oro, schizofreni, hjärtattacker med mera (Berkman & Syme 1979; Hanson m fl 1989; Orth-Gomér & Johnson 1987; Welin m fl 1985, 1992). Enligt Wellman (1983) finns det dock sociala nätverk som är sammansatta på ett sådant sätt att interpersonella konflikter lätt uppstår. Forskningen har dock mestadels fokuserat på de positiva sociala nätverken och deras skyddsmekanismer.

Prevalens

Det är mycket vanligt med interpersonella konflikter på arbetsplatsen (Appelberg 1996). Enligt en studie gjord av den finska statistiska byrån på 1990-talet rapporterade över 50 procent av de intervjuade att de upplevt interpersonell konflikt med kollegor och över 60 procent rapporterade sådana med överordnande. Dessutom ökade andelen anställda som rapporterade erfarenheter av interpersonella konflikter från 1984 till 1990 med tio procent. Enligt Appelberg (1996) är interpersonella konflikter på arbetet lika vanligt bland kvinnor som bland män.

Konflikternas olika former

Enligt Rahim (1985) kan konflikter förekomma på fyra olika nivåer: intrapersonella (inom den egna personen), interpersonella (i relationer med andra), inom gruppen och mellan grupper. Dessutom är konfliktens allvarlighetsgrad avgörande för dess skada, eftersom mindre konflikter passerar fort och till och med kan innebära något positivt och kreativt för arbetsplatsen (Edelman 1993).

Konflikter som en naturlig del av organisationen

Brodal och Nilsson (1992) skriver att interpersonella konflikter är en naturlig del av organisationens utveckling och de flesta mindre konflikter passerar

utan att ge negativa effekter på lång sikt. Brodal menar också att interpersonella konflikter inte bör ses som en tillfällig händelse, utan som en del i en dynamisk process.

Enligt Granström (1981) finns det två motsatta sätt att se på konflikter vilka han kallar konfliktmodellen och harmonimodellen. Konfliktmodellen bygger på insikten att konflikter alltid kommer att finnas och att det finns en dold utvecklingsmöjlighet i dem. Att lösa konflikter innebär då att utvecklingen förs framåt, erfarenheter vinnas och ny kunskap erövrar. Harmonimodellen utgår från att konflikter och problem enbart förstör och ödelägger den harmoni man strävar efter och därför måste undvikas.

Det är inte ovanligt att konflikter självdör, till exempel för att viktigare saker kommer emellan. Fortsätter konflikten beskrivs den vanligtvis som en process där den för varje steg blir allt djupare och allvarligare. Ju längre den tillåts fortskrida desto svårare blir det att finna en lösning som alla parter är överens om.

Orsaker till konflikter

Orsakerna till interpersonella konflikter är många (Edelman 1993). Konflikter har inom forskningen mestadels setts som något som uppstår på grund av personliga egenskaper. Enligt till exempel kognitiv beteendeterapi beror interpersonella konflikter inte sällan på låsta och irrationella tanke-mönster hos de inblandade personerna, vilket hindrar dem från att lösa problemet på ett konstruktivt och positivt sätt (Curtis 1992). Inom kognitiv beteendeterapi talar man vidare om följande orsaker till interpersonella konflikter:

- Känslan av tillhörighet hotas eller att någon arbetsgruppsmedlem inte accepteras.
- Regler som gäller för relationer och kommunikation bryts, till exempel regler för stöd, regler för intimitet, regler som rör arbetsuppgifter samt regler som relaterar till tredje part i arbetsorganisationen. Sexuella trakasserier är ett exempel på ett grovt brott mot regler för intimitet. Regler som har att göra med arbetsuppgifter kan till exempel brytas genom missuppfattningar, missförstånd eller meningsskiljaktigheter om hur uppgiften ska lösas. Problem med kommunikationen är enligt forskningen inom arbetsorganisation och sociala nätverk en viktig faktor för uppkomsten av interpersonella konflikter på arbetsplatsen (Appelberg 1996).

- Olika personligheter som tvingas samarbeta har visat sig kunna framkalla konflikter på arbetsplatsen (Appelberg 1996).
- Individens personliga karaktäristika och copingförmåga. Exempelvis kan det handla om individens sätt att behandla andra eller om den personliga utvecklingen (Appelberg 1996).
- Individens sätt att utvärdera en situation, till exempel irrationella tankemönster, misstolkningar och missförstånd (Appelberg 1996).

Det finns dock forskning som även belyser organisationsstruktur och organisatoriska förhållanden som orsaksfaktorer till konflikter. Faktorer i arbetsmiljön kan skapa stress och irritation, vilket i sin tur leder till att konflikter uppstår mellan de arbetande. Exempel på sådana organisatoriska orsaksfaktorer kan vara bristande ledarskap och arbetsledning, ledarens ovilja mot att gripa in vid bråk mellan medarbetarna, stort antal anställda med olika bakgrund och etnicitet. Appelberg och medarbetare fann i sin studie (1991) att både organisatoriska och personliga karaktäristika har betydelse för uppkomsten av konflikter på arbetsplatsen.

Konflikter och deras samband med ohälsa

Forskning om interpersonella konflikter i arbetslivet och dessas samband med hälsoutfall är enligt vår vetenskap sparsamt förekommande. Detta kan ha att göra med att interpersonella konflikter länge knutits till forskningsområdena socialt stöd, interpersonella relationer och negativt socialt nätverk och inte utgjort ett självständigt forskningsområde. Under 1970-talet började dock denna utveckling att vända. Cooper och Marshall (1976) fann att dåliga relationer till överordnande och medarbetare var associerade med lägre arbetstillfredsställelse och välmående.

Karasek och medarbetare (1987) visade att stressfaktorer på arbetet (som exempelvis arbetsbörda och motstridiga åsikter mellan anställda och överordnande om hur man ska göra en viss arbetsuppgift) var *positivt* och konsekvent associerade med psykologisk påfrestning (mätt i självrapporterad depression och utmattning samt missnöje med arbetet) och självrapporterade fysiska ohälsosymtom (huvudvärk, mag-tarmproblem, hjärtproblem, värk, yrsel och problem med andningen).

Appelberg (1993) visade att nyligen inträffade konflikter på arbetet för män var associerade med intag av lugnande medel, medan kvinnor enbart tog lugnande medel efter konflikter med maken. Romanov och medarbetare

(1996) visade positiva samband mellan interpersonella konflikter på arbetet och psykisk sjukdom hos båda könen. Detta gällde även efter kontroll för social hälsostatus, socialklass och mentala stressfaktorer.

Interpersonella konflikter på arbetsplatsen visade sig också ha samband med en ökad risk för arbetsoförmåga bland kvinnor, dock inte bland män (Appelberg m fl 1996). Arbetsoförmåga täcker många aspekter som har med hälsa att göra, med arbetsmotivation och individens totala kapacitet och funktion.

Cox (2003) fann att konflikter inom arbetsgruppen hade direkt negativa effekter på arbetstillfredsställelse och arbetsgruppsprestation bland sjukvårdspersonal.

Konflikter mellan arbetare inom hemtjänsten och deras överordnande visade sig enligt en studie av Fujiwara och medarbetare (2003) leda till känslomässig utmattning. Konflikter hemtjänstarbetare emellan ledde till depersonalisering, medan konflikter med patienterna och deras familjer orsakade både känslomässig utmattning och depersonalisering.

I en studie av Laposa och medarbetare (2003) fann man att interpersonella konflikter kan ha samband med posttraumatiskt stress syndrom (PTSD).

Avgränsningar

Relationen mellan vuxenmobbing och interpersonella konflikter i arbetslivet är oklar. Naturligtvis finns det faktorer som talar för ett samband mellan konflikter och mobbing. Konflikterna kan övergå i handlingar och beteenden från den ena parten som ligger nära mobbningsbeteenden. Detta gäller särskilt om den ena parten får många andra på arbetsplatsen att ta dennes parti och gadda sig samman emot den andre parten. Gränsen är antagligen hårfin och det finns nog också en stor gråzon där människor far illa oavsett om det handlar om mobbing eller en dåligt hanterad konflikt som pågått så länge att den blivit institutionaliserad och en del av organisationen. Skälet till att vi valt att göra två separata kapitel av vuxenmobbing och konflikter i arbetslivet är dock att vi anser att det finns några viktiga och stora skillnader mellan interpersonella konflikter och mobbing på arbetsplatsen. Se föregående kapitel, "Vuxenmobbing och ohälsa".

Övergripande syfte

Syftet med studien är att:

1. prospektivt studera hälsoeffekter av konflikter i arbetslivet,

2. beskriva konflikter i arbetslivet i åtta kontrasterade situationer som skiljer sig åt med avseende på stöd från överordnade, arbetskamrater och kontroll,
3. undersöka betydelsen av arbetsmiljö och anställningsotrygghet för konflikter i arbetslivet.

Specifika frågeställningar:

1. Hur påverkar arbetsmiljö och anställningsotrygghet konflikter i arbetslivet?
2. Vika konsekvenser har konflikter i arbetslivet för ohälsa och långtids-sjukskrivning?
3. Föreligger det skillnader mellan män och kvinnor när det gäller konflikter i arbetslivet?

Material och metod

Arbetsmiljöundersökningarna 1989–99 länkades med Registret för företagsstatistik (RAMS och FAD), RFV:s sjukförsäkringsregister och med sociala data ur LOUIS och FOB 90. Registret innehåller cirka 75 000 individer – en vid undersökningstillfället start frisk yrkesarbetande för Sverige representativ grupp män och kvinnor (icke sjukskrivna, icke studerande, närvarande på arbetet). I kapitlet "Vuxenmobbing och ohälsa" presenteras de variabler som också är aktuella i detta kapitel.

Ett problem vid enkätförfrågningar, där människor ombeds kryssa i huruvida de varit utsatta för konflikter på arbetsplatsen, är att det sätt på vilket frågorna är konstruerade avgör hur svaren kan tolkas. Om man exempelvis frågar människor om de varit med om konflikter på arbetet, men inte ställer följdfrågor, som till exempel vilka konsekvenser dessa konflikter lett till – bra eller dåliga – då är det lätt att göra felet och tolka ett "ja" på frågan som något enbart negativt. Man riskerar att tolka svaret (att personen varit med om konflikter) som något som personen mår dåligt av, även om konflikterna egentligen hade positiva konsekvenser. Detta kan bero på att vi – i Sverige åtminstone – har en tendens att se konflikter som något negativt och skadligt. Konflikter kan vara konstruktiva eller destruktiva, men så som frågorna i enkäterna är formulerade (konflikt eller bråk) har respondentens svar förmodligen styrts till negativa konflikter. Konflikter kan vara intressekonflikter och/eller personkonflikter. Av frågorna får vi inte veta något om arten av konflikt. Detta begränsar våra analysmöjligheter.

I ett första steg studerades förekomst av konflikter med chefer respektive arbetskamrater i olika arbetsmarknadssektorer och för personer som själva är arbetsledare respektive icke arbetsledare. I ett andra steg undersöktes skillnader då det gäller hälsa, arbetssituation och anställningstrygghet med mera mellan arbetstagare som uppgav att de befann sig i konflikt antingen med chefer eller med arbetskamrater och arbetstagare som uppgav att de inte hade haft sådana konflikter. I ett tredje steg studerades sambanden mellan konflikter och risken att drabbas av ohälsa prospektivt med hjälp av binära logistiska regressioner under konstanthållande av tidigare ohälsa och demografiska variabler. Sjukskrivning och förtidspensionering studerades samma år som konflikterna samt ett respektive två år efter att individen deltagit i arbetsmiljöundersökningen. Analyserna gjordes separata för män och kvinnor.

Åtta kontrasterande situationer etablerades, definierade med hjälp av högt-lågt chefsstöd, högt-lågt kamratstöd samt hög-låg kontroll. Respondenter som uppgav att de hade bra stöd från såväl chefer som arbetskamrater betecknades med "dubbelt stöd". De som uppgav att de hade bra stöd från sina chefer men inte från sina arbetskamrater betecknades med "endast chefsstöd". De som hade dåligt stöd från sina chefer men bra stöd från arbetskamrater betecknades med "endast kamratstöd". Slutligen betecknades de som hade dåligt stöd från såväl chefer som arbetskamrater med "svagt stöd". Varje grupp delades sedan upp i de med hög kontroll och de med låg kontroll i arbetet. På så sätt skapades åtta kontrasterande grupper. Konfliktrisken studerades i de åtta grupperna, referensgruppen i analysen var de som hade "dubbelt stöd och hög kontroll".

Logistisk regression användes för dikotoma utfall. Resultaten för de exponerade grupperna jämfört med referensgrupperna presenteras som odds-kvoter med ett 95-procentigt konfidensintervall. I analysen kontrollerades för ålder, arbetsmarknadssektor, arbetsledare respektive ej arbetsledare, kontroll, chefsstöd, arbetskamratsstöd, risk för nedskärning samt tidigare sjukskrivning. Analysen gjordes separat för män och kvinnor. Analyserna genomfördes med SPSS version 11.0. I ett sista steg undersöktes de samlade effekterna av tillgängliga arbetsmiljövariabler.

Resultat

Andelen män som uppgett att de varit indragna i konflikter med arbetskamrater de senaste tolv månaderna var 39 procent. För kvinnor var andelen 37

procent. Andelen män som uppgett sig vara indragen i konflikter med chefer var 36 procent. För kvinnor var andelen lägre, cirka 28 procent. Den största andelen hittar vi genomgående inom landstinget, se tabell 5.1.

Tabell 5.1. Andelen personer i procent som uppger sig vara indragna i någon form av konflikter eller bråk på arbetsplatsen de senaste tolv månaderna (N = 19 103–19 164).

	Konflikt med chefer		Konflikt med arbetskamrater	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Stat	27,7	36,3	36,9	39,0
Primärkommunal*	26,1	36,9	35,7	40,2
Landsting	31,9	45,1	38,9	47,1
Privat	25,5	33,1	30,5	33,1
Totalt	26,6	34,0	33,8	34,6
Signifikans för skillnad mellan sektorer (chi-kvadratstest)	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000

*till primärkommunal räknas även "övriga offentliga institutioner".

Arbetsledande män har i jämförelse med icke arbetsledande män i högre utsträckning konflikter med arbetskamrater. Detta gäller också för arbetsledande män i relationen till chefer. Mönstret är detsamma för kvinnor. Resultaten tyder på att det kan vara så att rollen som arbetsledare ökar risken att dras in i konflikter, se vidare tabell 5.2.

Personer som uppger att de är indragna i konflikter kan ha en sämre situation i övrigt på arbetet. Vi har därför jämfört hälsosituationen och arbetssituation hos dem som uppgett att de är indragna i konflikter med chefer med respondenter som uppgett att de inte är indragna i konflikter

Tabell 5.2. Andelen personer i procent som uppger sig vara indragna i någon form av konflikter eller bråk på arbetsplatsen de senaste tolv månaderna (N = 19 809–19 870).

	Konflikt med chefer		Konflikt med arbetskamrater	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Ej arbetsledare	23,8	30,8	29,8	28,4
Arbetsledare	34,3	38,9	45,1	45,0
Totalt	26,2	33,7	33,4	34,3
Signifikans för skillnad mellan arbetsledare/ej arbetsledare	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000

*Fishers exakta test.

med chefer. Resultatet framgår av tabell 5.3. Vi har använt en rad olika sjukskrivningsmått. Våra resultat för sjukskrivning och konflikter med chefer visar små skillnader hos kvinnorna. Bland männen är skillnaderna icke signifikanta.

Jämför vi männen och kvinnorna kan vi notera att kvinnor som är in-dragna i konflikter med chefer är betydligt mera sjukskrivna än män i mot-svarande situation. Kvinnorna har genomgående en mera omfattande sjuk-frånvaro, se vidare tabell 5.3

Kvinnor som har konflikter med arbetskamrater har ej en signifikant högre sjukfrånvaro jämfört med kvinnor som uppgett at de inte har konflikter med arbetskamrater, se tabell 5.4. För männen är bilden något annorlunda. Män som uppger att de har konflikter med arbetskamrater har lägre sjuk-frånvaro än män som uppger at de inte har konflikter.

Psykosomatiska besvär, det vill säga huvudvärk, trötthet och håglöshet, ögonbesvär och magproblem, är vanliga i den arbetande befolkningen, men

Tabell 5.3. Förekomst i procent av olika slags ohälsa, symtom och arbetsplatsproblem hos personer som under det senaste året varit respektive inte varit i *konflikt med chef(er)*, upp-delad på kvinnor och män.

	Kvinnor (n = 10 201)			Män (n = 9 612)		
	Ej konflikt	Konflikt	Sign	Ej konflikt	Konflikt	Sign
Sjuk minst 60 dagar 2 år efter AMU	15,8	17,8	0,095	7,7	9,0	0,112
Sjuk minst 60 dagar året efter AMU	10,4	11,2	0,441	4,8	5,0	0,781
Sjuk minst 30 dagar under AMU-året	11,4	13,3	0,011	6,6	6,2	0,538
Sjukregistrerad under AMU-året	13,6	16,1	0,002	7,8	8,3	0,427
Psykosomatiska symtom	40,2	54,4	0,000	28,1	42,0	0,000
Fysiska symtom	44,5	48,0	0,000	31,2	40,2	0,000
Kan ej koppla av efter arbetet	27,3	43,4	0,000	25,6	34,4	0,000
Olust att gå till arbetet	34,2	61,4	0,000	32,3	54,3	0,000
Misströstan av svårigheter	29,8	56,7	0,000	26,3	48,2	0,000
Arbetare (socialklass)	45,2	38,0	0,000	52,6	51,6	0,417
Arbetsledare	20,9	30,6	0,000	32,5	40,7	0,000
Låg kontroll	56,6	61,4	0,000	39,9	49,2	0,000
Dåligt chefsstöd	27,5	46,8	0,000	33,4	49,9	0,000
Dåligt stöd från arbetskamrater	11,4	15,0	0,000	19,2	21,8	0,003
Konflikter med arbetskamrat(er)	20,9	68,0	0,000	16,8	68,3	0,000
Sexuella trakasserier	1,1	4,3	0,000	0,3	1,6	0,000
Risk för nedskärningar/nedläggning	14,8	19,1	0,000	11,4	14,4	0,000
Risk för ofrivillig förflyttning	15,6	21,6	0,000	11,0	15,8	0,000
Hot om permittering	12,2	13,5	0,091	10,3	13,9	0,000
Mobbad	4,6	18,8	0,000	3,3	18,9	0,000

andelen är klart högre bland dem som är indragna i konflikter. Bland kvinnor som är indragna i konflikt med chefer är andelen drygt 54 procent och bland män 42. Bland dem som är i konflikt med arbetskamrater är siffrorna för kvinnor respektive män cirka 52 och cirka 41.

Även när det gäller fysiska symtom – det vill säga ont efter arbetet i rygg, axlar, armar, händer, höfter, ben och fötter – är skillnaderna påtagliga. Andelen för dem som är i chefskonflikt är bland kvinnorna 48 procent och bland männen cirka 40. Då det gäller konflikter med arbetskamrater är andelen för kvinnor drygt 51 procent och för män nästan 37.

Bland dem som upplever en chefskonflikt uppgår mer än 43 procent av kvinnorna och drygt 34 procent av männen svårigheter att koppla av efter arbetet. Motsvarande andelar för konflikter med arbetskamrater är för kvinnor nästan 41 procent och för männen nästan 36. Olust att gå till arbetet upplever över hälften av männen och kvinnorna oavsett om konflikten gäller chefer eller arbetskamrater. Mönstret är detsamma då det gäller

Tabell 5.4. Förekomst i procent av olika slags ohälsa, symtom och arbetsplatsproblem hos personer som under det senaste året varit respektive inte varit i *konflikt med arbetskamrat(er)*, uppdelad på kvinnor och män.

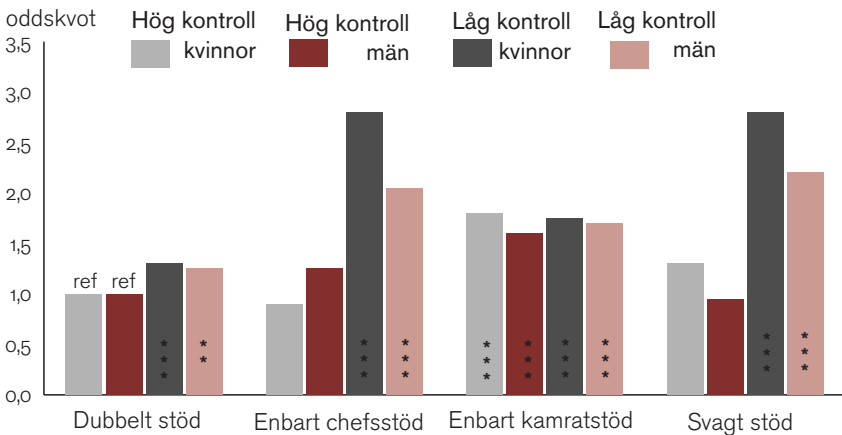
	Kvinnor (n = 10 214)			Män (n = 9 661)		
	Ej konflikt	Konflikt	Sign	Ej konflikt	Konflikt	Sign
Sjuk minst 60 dagar 2 år efter AMU	15,9	17,1	0,264	8,5	7,3	0,158
Sjuk minst 60 dagar året efter AMU	10,4	10,9	0,632	5,4	3,7	0,008
Sjuk minst 30 dagar under AMU-året	11,8	12,0	0,674	7,1	5,3	0,001
Sjukregistrerad under AMU-året	14,0	14,5	0,490	8,5	7,0	0,009
Psykosomatiska symtom	39,8	52,1	0,000	28,8	41,1	0,000
Fysiska symtom	44,1	51,4	0,000	32,8	36,7	0,000
Kan ej koppla av efter arbetet	26,9	40,8	0,000	25,1	35,7	0,000
Olust att gå till arbetet	34,4	55,0	0,000	33,8	50,9	0,000
Misströstan av svårigheter	30,0	50,5	0,000	26,5	47,4	0,000
Arbetare (socialklass)	44,8	40,5	0,000	54,4	47,7	0,000
Arbetsledare	19,4	31,8	0,000	29,8	46,6	0,000
Låg kontroll	56,2	61,0	0,000	41,1	46,1	0,000
Dåligt chefsstöd	30,2	37,4	0,000	36,7	44,0	0,000
Dåligt stöd från arbetskamrater	11,1	14,9	0,000	19,4	21,5	0,020
Sexuella trakasserier	1,1	3,7	0,000	0,3	1,6	0,000
Risk för nedskärningar/nedläggning	15,1	17,7	0,001	11,7	13,8	0,004
Risk för ofrivillig förflyttning	15,2	21,1	0,000	11,1	15,4	0,000
Hot om permittering	12,6	12,6	0,949	11,2	12,2	0,161
Mobbad	3,4	18,1	0,000	3,4	18,2	0,000

känslor av misströstan på grund av svårigheter på arbetet. Motsvarande andelar för dem som inte är indragna i konflikter är cirka en fjärdedel.

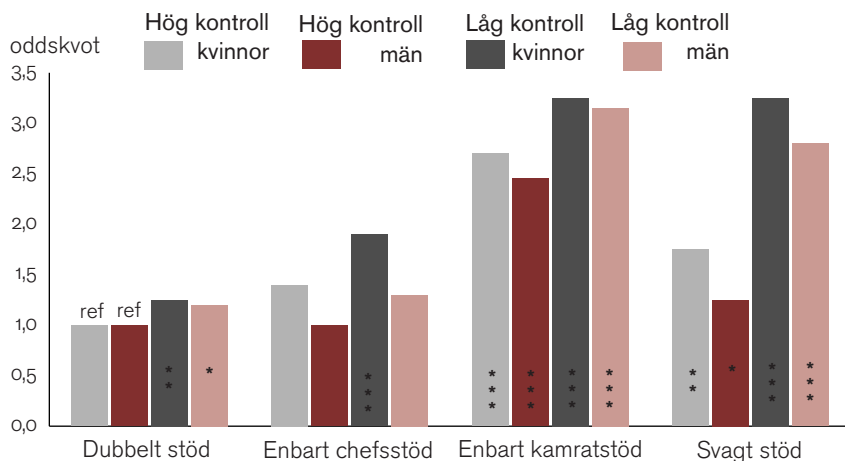
Upplevelsen av anställningsotrygghet är (med undantag för hot om permittering hos kvinnor) signifikant högre hos dem som är indragna i konflikter. Skillnaderna är ett par procentenheter.

Risken att vara indragen i konflikter med sina *arbetskamrater* i de åtta kontrasterande stöd- och kontrollgrupperna framgår av figur 5.1. De med endast chefsstöd och hög kontroll avvek inte från referenskategori. Märkligt nog erhöll vi samma resultat för dem med svagt stöd. Däremot hade gruppen med endast kamratstöd och hög kontroll en klar överrisk. Det gällde både män och kvinnor. I alla kategorier med låg kontroll fanns en klar överrisk att vara i konflikt med arbetskamrater. Störst var risken dels för kvinnor med svagt stöd och låg kontroll ($OR = 2,23$ [$1,93-2,80$], $p = 0,000$) och dels kvinnor med endast chefsstöd och låg kontroll ($OR = 1,90$ [$1,40-2,57$], $p = 0,000$).

Risken att vara indragen i konflikter med sina *chefer* i de åtta kontrasterande stöd- och kontrollgrupperna framgår av figur 5.2. I kategorin "enbart chefsstöd" är det bara kvinnor med låg kontroll som har en överrisk att komma i konflikt med chefer. I alla andra kategorier föreligger en överrisk



Figur 5.1. Risk för konflikt med arbetskamrater i åtta kontrasterande situationer (y-axeln visar odds-kvoter separat för män och kvinnor).



Figur 5.2. Risk för konflikt med chefer i åtta kontrasterande situationer (y-axeln visar odds-kvoter separat för män och kvinnor).

oavsett kön. I kategorin ”enbart kamratstöd” hade kvinnor och män med låg kontroll den största överrisken. (Kvinnor OR = 2,88 [2,53–3,29], $p = 0,000$; Män OR = 2,92 [2,54–3,36], $p = 0,000$.) I gruppen ”svagt stöd med låg kontroll” var bilden likartad. (Kvinnor OR = 2,60 [2,14–3,17], $p = 0,000$; Män OR = 2,60 [2,19–3,10], $p = 0,000$, se vidare figur 5.2.)

Överrisken att bli sjukskriven mer än 60 dagar under de två år som följer på det år då undersökningspersonerna uppgivit att de varit indragna i konflikt med *chefer* är för män OR = 1,39 och kvinnor OR = 1,25. Vi har då kontrollerat för ålder, sektor, ställning i organisationen, stöd och kontroll. Vi har också kontrollerat för respondenternas upplevelse av sin anställningstrygghet. Slutligen har vi också kontrollerat för respondenternas tidigare sjukskrivning (se vidare tabell 5.5).

När det gäller konflikter med *arbetskamrater* har endast kvinnor en överrisk OR = 1,20 att bli sjukskrivna mer än 60 dagar de två år som följer på undersökningstillfället, se tabell 5.5.

Slutligen undersöktes om arbetsmiljöfaktorer mer generellt modifierar chefs- och arbetskamratskonflikters effekter på hälsa. För att undersöka detta gjorde vi stegvisa logistiska regressioner. Då det gäller konflikter med arbetskamrater kunde nu inga effekter påvisas på den prospektiva långtids-sjukfrånvaron. Sambandet för kvinnorna försvann redan i första steget.

Tabell 5.5. Sjukskrivning 60 dagar eller mer under de två år som följer på arbetsmiljöundersökningarna i relation till *konflikt med chef(er)* respektive *konflikt med arbetskamrat(er)*. Oddskvoter med 95-procentig konfidensintervall (KI). Logistiska regressioner separat för kvinnor och män.

	Kvinnor		Män	
	Oddskvot (95% KI)	Signi- fikans	Oddskvot (95% KI)	Signi- fikans
<i>Konflikt med chef(er)</i>				
Ålder (ref = 16–29 år)	1	0,000	1	0,000
30–49 år	1,14 (0,89–1,48)	0,306	3,07 (1,90–4,96)	0,000
50–65 år	1,86 (1,43–2,43)	0,000	5,42 (3,33–8,82)	0,000
Konflikt med chef(er)	1,25 (1,03–1,51)	0,022	1,39 (1,10–1,77)	0,007
Sektor (ref = privat)	1	0,202	1	0,089
Stat	0,93 (0,63–1,35)	0,692	0,59 (0,36–0,97)	0,036
Kommun	1,16 (0,96–1,37)	0,121	0,86 (0,59–1,24)	0,403
Landsting	0,90 (0,69–1,19)	0,466	0,57 (0,27–1,21)	0,142
Arbetsledare	1,21 (0,98–1,48)	0,078	1,23 (0,96–1,57)	0,105
God kontroll	0,82 (0,69–0,98)	0,025	0,78 (0,62–0,98)	0,035
Bristande chefsstöd	1,05 (0,87–1,26)	0,648	1,12 (0,87–1,44)	0,388
Bristande arbetskamratsstöd	1,35 (1,05–1,74)	0,018	1,08 (0,81–1,44)	0,602
Risk för nedskärning/nedläggning	0,96 (0,78–1,19)	0,722	1,24 (0,91–1,69)	0,173
Sjukskrivning 2 år tidigare*	1,53 (1,47–1,60)	0,000	1,65 (1,55–1,75)	0,000
<i>Konflikt med arbetskamrat(er)</i>				
Ålder (ref = 16–29 år)	1	0,000	1	0,000
30–49 år	1,14 (0,89–1,48)	0,303	3,02 (1,87–4,89)	0,000
50–65 år	1,86 (1,42–2,43)	0,000	5,16 (3,17–8,40)	0,000
Konflikt med chef(er)	1,20 (1,00–1,43)	0,046	1,02 (0,80–1,31)	0,882
Sektor (ref = privat)	1	0,306	1	0,127
Stat	0,92 (0,63–1,35)	0,667	0,61 (0,38–0,99)	0,046
Kommun	1,13 (0,94–1,37)	0,191	0,87 (0,60–1,25)	0,449
Landsting	0,91 (0,69–1,19)	0,483	0,61 (0,29–1,27)	0,185
Arbetsledare	1,21 (0,99–1,49)	0,070	1,19 (0,93–1,53)	0,172
God kontroll	0,82 (0,69–0,97)	0,022	0,76 (0,61–0,96)	0,022
Bristande chefsstöd	1,07 (0,89–1,29)	0,490	1,20 (0,93–1,53)	0,156
Bristande arbetskamratsstöd	1,34 (1,05–1,72)	0,021	1,07 (0,81–1,43)	0,637
Risk för nedskärning/nedläggning	0,97 (0,78–1,20)	0,760	1,25 (0,92–1,71)	0,150
Sjukskrivning 2 år tidigare*	1,53 (1,47–1,60)	0,000	1,64 (1,55–1,75)	0,000

*kontinuerlig variabel, den naturliga logaritmen av antalet registrerade dagar plus ett.

Då det gäller chefskonflikter är bilden en helt annan. Konflikter med chefer har ett tydligt och självständigt samband med sjukskrivning. Ålder, social klass, arbetsmarknadssektor, arbetsmiljöfaktorer och tidigare sjuk-

Tabell 5.6. Sjukskrivning 60 dagar eller mer under de två år som följer på arbetsmiljöundersökningarna i relation till konflikt med chef(er) respektive arbetskamrat(er). Odds-kvoter med 95-procentig konfidensintervall (KI). Hierarkiska logistiska regressioner separat för män och kvinnor.

	Män		Kvinnor	
	Odds-kvot (95% KI)	Signi- fikans	Odds-kvot (95% KI)	Signi- fikans
<i>Konflikt med chef(er)</i>				
Modell 1	1,40 (1,09–1,80)	0,008	1,32 (1,08–1,60)	0,006
Modell 2	1,36 (1,05–1,76)	0,019	1,29 (1,05–1,57)	0,014
Modell 3	1,40 (1,07–1,84)	0,014	1,25 (1,01–1,55)	0,039
<i>Konflikt med arbetskamrat(er)</i>				
Modell 1	1,06 (0,82–1,38)	0,648	1,18 (0,98–1,43)	0,072
Modell 2	1,03 (0,79–1,35)	0,817	1,18 (0,98–1,42)	0,086
Modell 3	1,05 (0,80–1,39)	0,718	1,16 (0,95–1,42)	0,138

Modell 1 = Under kontroll för ålder (tre klasser), socialklass (fem nivåer) och arbetsmarknadssektor (offentlig/privat).

Modell 2 = Modell 1 plus kontroll för arbetsledarskap, krav, kontroll, chefsstöd, arbetskamratsstöd samt upplevd risk för nedskärningar.

Modell 3 = Modell 2 plus kontroll för tidigare sjukskrivning (kontinuerlig variabel, den naturliga logaritmen av antalet registrerade dagar plus ett).

skrivning påverkar bara i ringa utsträckning oddskvoterna. Resultatet tyder på att chefskonflikter är en separat riskfaktor i förhållande till de traditionella arbetsmiljöförhållandena.

Resultatsammanfattning och diskussion

Resultatet av litteraturgenomgången visar att området interpersonella konflikter i arbetslivet och dess samband med ohälsa synes vara ett relativt underförsörjt forskningsområde. Det ska dock understrykas att denna slutsats inte gäller alla aspekter av konflikter; exempelvis finns det relativt mycket forskning om konflikter inom familjen och inom individer (intrapersonella).

Det mesta av den befintliga forskningen på området tycks också betona psykologiska faktorer – individens personlighet och beteenden – som förklaringar till konflikter på arbetsplatsen. Betydligt mindre forskning pekar på omgivningen som något som kan orsaka konflikter på arbetsplatsen.

Ungefär var tredje man har varit indragen i konflikter med chefer de senaste tolv månaderna. Kvinnor har en något lägre andel, cirka en fjärde-

del. Var tredje man och kvinna uppger också att de varit indragna i konflikter med arbetskamrater de senaste tolv månaderna.

Det verkar vara vanligare att dras in i konflikter med såväl chefer som arbetskamrater om man är i ledande position. Mönstret är detsamma för kvinnor och män. Det kan alltså vara så att rollen som arbetsledare ökar risken att dras in i konflikter. Detta skulle kunna bero på att man som arbetsledare tvingas fatta beslut som inte alltid är populära bland medarbetarna.

Kvinnor som är indragna i konflikter med sina chefer sjukskriver sig mer än kvinnor som inte är det. Intressant är att detta inte gäller för män som är indragna i chefskonflikter där sjukskrivningarna inte ökar nämnvärt. Män som är indragna i konflikter med arbetskamrater tycks vara mindre sjukskrivna än män som inte är det. Möjligtvis beror detta på att dessa män använder sig av så kallad öppen coping, det vill säga de ventilerar sina åsikter i stället för att stänga dem inne (se även kapitel 6). Bland kvinnor är det ingen skillnad i sjukskrivning mellan dem som är i konflikt med arbetskamrater och dem som inte är det. Detta skulle kunna bero på att kvinnors och mäns sätt att bete sig i en konflikt skiljer sig åt. Kvinnors sätt att agera liknar möjligen mer dold coping, medan mäns sätt att agera i konflikter mer liknar öppen coping. Kvinnor skulle då, enligt denna hypotes, i högre utsträckning använda sig av beteenden som ignorerande, skvaller och ryktesspridning, medan män i konflikter oftare mer öppet väljer att diskutera och vädra sina åsikter direkt till den det berör. Detta skulle kunna förklara varför det inte är någon större skillnad i sjukskrivning mellan kvinnor i konflikt med arbetskamrater och kvinnor som inte är indragna i konflikter med arbetskamrater.

Det kan finnas samband mellan konflikter och de anställdas upplevelser av otrygghet i anställningen. En något högre andel av dem som uppgav sig vara indragna i konflikter uppgav att de upplevde otrygghet i sin anställning jämfört med dem som inte varit indragna i konflikter. När det gäller hot om permittering finns ett sådant samband endast hos män och i samband med konflikt med chefer.

Resultaten visar att konflikter kan ligga bakom känslor av olust att gå till jobbet.

Bland de kvinnor som varit indragna i konflikter uppgav drygt hälften och nästan lika många bland männen att de kände sig illa till mods och misströstad som följd av svårigheter på jobbet. En hypotes är att konflikter på arbetsplatsen kan bidra till att personer som är sjukskrivna väljer att inte komma tillbaka till sina arbeten trots att de kanske tillfrisknat. Man drar sig

helt enkelt för att gå tillbaka till arbetsplatsen på grund av den infekterade stämningen. Detta skulle kunna förklara varför konflikter på arbetet leder till så många långtidssjukskrivningar.

Konflikter med chefer (men inte med arbetskamrater) har ett tydligt och självständigt samband med sjukskrivning. Arbetsmiljöfaktorerna påverkar bara i ringa utsträckning oddskvoterna. Resultatet tyder på att chefskonflikter är en separat riskfaktor i förhållande till de traditionella arbetsmiljöförhållandena.

Referenser

- Aschenbrener AC (1999) "Managing Low-to-mid Intensity Conflict in the Health Care Setting" *The Physician Executing*, sept-oct.
- Appelberg K (1993) "Alcohol Consumption and Smoking: Associations with Interpersonal Conflicts at Work and with Spouse among 13,869 Finnish Employees" *European Addiction Research*, 1, s 257–267.
- Appelberg K (1996) *Interpersonal Conflicts at Work: Impact on Health Behaviour, Psychiatric Morbidity and Work Disability*. People and Work Research Reports 7, Helsingfors: Finnish Institute of Occupational Health.
- Appelberg K, Romanov K, Honkasalo M-L, Heikkilä K & Koskenvuo M (1996) "Interpersonal Conflicts as a Predictor at Work Disability. A Follow-up Study among 15,348 Finnish Employees" *Journal of Psychosomatic Research*, 40, s 157–167.
- Appelberg K, Romanov K, Honkasalo M-L & Koskenvuo M (1991) "Interpersonal Conflicts at Work and Psychosocial Characteristics of Employees" *Social Science & Medicine*, 32, s 1051–1056.
- Berkman LE & Syme SL (1979) "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-year Follow-up of Alameda County Residents" *American Journal of Epidemiology*, 109, s 186–204.
- Brodal H & Nilsson L (1992) *Konflikter – vad vill de lära oss?* Järna: Balders Förlag.
- Cooper CL & Marshall J (1976) "Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating Coronary Heart Disease and Mental Ill Health" *Journal of Occupational Health Psychology*, 49, s 11–28.
- Cox KB (2003) "The Effects of Intrapersonal, Intragroup, and Intergroup Conflict on Team Performance Effectiveness and Work Satisfaction" *Nursing Administration Quarterly*, Apr-Jun; 27(2), s 153–63.

- Curtis KA (1992) "Altering Beliefs About the Importance of Strategy: An Attributional Intervention" *Journal of Applied Social Psychology*, 22, s 953-972.
- Edelman RJ (1993) *Interpersonal Conflicts at Work*. Leicester: BPS Books.
- Fujiwara K, Tsukishima E, Tsutsumi A, Kawakami N & Kishi R (2003) "Interpersonal Conflict, Social Support, and Burnout among Home Care Workers in Japan" *Journal of Occupational Health*, Sep;45(5), s 313-20.
- Hanson BS, Isacson S-O, Janzon L & Lindell S-E (1989) "Social Network and Social Support Influence Mortality in Elderly Men. The Prospective Population Study of 'Men Born in 1914'" *American Journal of Epidemiology*, 130, s 100-111.
- House JS, Umberson D & Landis KR (1988) "Structure and Processes of Social Support" *Annual Review of Sociology*, 14, s 293-318.
- Granström K (1981) *Psykologi i skolan, redskap för utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Karasek R, Gardell B & Lindell J (1987) "Work and Non-work Correlates of Illness and Behaviour in Male and Female Swedish White Collar Workers" *Journal of Occupational Behaviour*, 8, s 187-207.
- Laposa JM, Alden LE & Fullerton LM (2003) "Work Stress and Posttraumatic Stress Disorder in ED Nurses/personnel" *Journal of Emergency Nursing*, Feb; 29(1), s 23-28.
- Orth-Gomér K & Johnson JV (1987) "Social Network Interaction and Mortality. A Six Year Follow-up Study of a Random Sample of the Swedish Population" *Journal of Chronic Diseases*, 40, s 949-957.
- Rahim MA (1985) "A Strategy for Managing Conflict in Complex Organizations" *Human Relations*, 38, s 81-89.
- Romanov K, Appelberg K, Honkasalo M-L & Koskenvuo M (1996) "Recent Interpersonal Conflicts at Work and Psychiatric Morbidity: A Prospective Study of 15,530 Employees Aged 24-64" *Journal of Psychosomatic Research*, 40, s 169-176.
- Welin L, Svärsudd K & Ander-Peciva S (1985) "Prospective Study of Social Influences on Mortality" *The Lancet*, s 915-918.
- Welin L, Larsson B, Svärsudd K (1992) "Social Network and Activities in Relation to Mortality from Cardiovascular Diseases, Cancer and Other Causes: A 12 Year Follow-up on the Study of Men Born in 1913 and 1923" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, s 127-132.

Wellman B (1983) "Network Analysis: Some Basic Principles" i Collins R (red)
Sociological Theory. San Fransisco: Jossey-Bass.

6.

Coping och sjukskrivning

Töres Theorell, Hugo Westerlund och Gabriel Oxenstierna

ALLA ÄR ÖVERENS OM ATT den som brutit benet inte kan arbeta som trapetskonstnär på cirkus. Att man ej ska gå till arbetet när man har en färsk hjärtinfarkt är också utom diskussion. Men när sjukdomen är mera lindrig kan också sjukskrivning ses som ett beteende som påverkas av den enskildes sätt att ta påfrestningar, vilket brukar kallas copingmönster.

Coping betyder bemästrande. Det finns dock många definitioner. Ibland menar man med coping något positivt, det vill säga ett framgångsrikt bemästrande av problemen. I andra sammanhang avser man hur individen hanterar sin situation, vare sig detta är framgångsrikt eller inte. Det finns många aspekter på coping. En viktig är *locus of control*, det vill säga "var" man förlägger möjligheten att utöva kontroll över ett problem (hos sig själv, så kallad intern coping eller hos omgivningen, så kallad extern coping). Typ-A-mönster är ett copingmönster som innebär en ständig bråttomkänsla och en känsla av att man alltid måste "visa sig duktig".

Ett av de mest centrala copingmönstren är *avoidance* (undvikande) som innebär att man undviker att göra något åt ett visst problem, ofta därför att man är rädd eller inte ser någon möjlighet att göra något. I litteraturen brukar man också skilja på "kognitiva", det vill säga förnuftsmässiga, aspekter av coping och "emotionella". I diskussionen brukar "emotionell coping" innebära att man av något skäl undviker kognitiv coping och då blir det emotionell coping som återstår. Denna dikotomi är dock oegentlig eftersom emotioner motiverar och driver alla handlingar. Det torde därför snarare vara så att "effektiv coping" innebär att man kan få överensstämmelse mellan sina emotioner och sitt förnuft, antingen genom att man lyckas hantera själva problemsituationen (instrumentell coping) eller genom att känslorna i sig förändras genom omvärderande, omfokusering eller förnekande (ofta betraktat som icke-instrumentell coping, som dock kan vara effektiv i oundvikliga negativa situationer).

En schweizisk studie av sjukskrivningslängd efter livshotande olyckor (Schnyder m fl 2003) visar att samband kan finnas mellan (självskattad) copingförmåga och sjukskrivning.

Det hävdas ibland i den svenska sjukskrivningsdebatten att sjukskrivning numera ofta utgör ett sätt (både för arbetsgivaren och för arbetstagaren) att lösa konflikter. I så fall borde ju ett copingmönster som innebär att man "går undan" när det är konflikter leda till ökad sjukskrivning. Vi har i tidigare forskning emellertid visat att ett sådant copingmönster också är förknippat med EKG-förändringar tydande på kranskärslsjukdom hos personer som ännu inte har några symtom (Härenstam m fl 2000) och med förhöjt blodtryck hos medelålders män (Theorell m fl 2000) – så det är fullt möjligt att detta att "gå undan" i längden också kan öka risken för "verklig" sjukdom. Att "gå undan" när det är konflikter kommer vi fortsättningsvis att kalla för "dold coping".

Om det är så att dold coping i konfliktsituationer leder till ökad sjukskrivning skulle det kunna uppstå en "skadlig cirkel" på det sättet att den ökade sjukskrivningen (som äger rum istället för att man vidtar aktiva åtgärder för att lösa problemen) i sin tur sedan skapar ytterligare problem för individen på arbetsplatsen. Det uppstår en irritation hos arbetskamrater och överordnade på grund av sjukfrånvaron. Detta skapar i sin tur en dålig stämning som kan öka risken för långvariga psykofysiologiska spänningar hos individen. I så fall borde effekterna av dold coping vara mera uttalade på långtidssjukskrivning än på korttidssjukskrivning.

Det finns stöd i tidigare forskning för att kvinnor oftare använder sig av dold coping än vad män gör (Härenstam m fl 2000; Theorell m fl 2000). I en annan svensk studie (Ektor-Andersen m fl 2002), som visade att val av copingstrategi hade samband med smärtintensitet, sågs dock inga könsskillnader i sambanden. Det är därför intressant att kartlägga om sambanden mellan dold och öppen coping och sjukskrivning är olika för män och kvinnor.

Ofta ses coping som en rent individuell egenskap. Men copingmönstret hos individen påverkas av omgivningen. Vi har till exempel i vår egen forskning (Löck m fl 1991) visat att människor som gått igenom stroke kan förändra sin locus of control från en extern till en mera intern sådan om de ges möjlighet att påverka sin behandling (bland annat genom etablerandet av patientgrupper), och vi har också visat att det finns ett påtagligt samband mellan dold coping och brist på möjlighet att påverka arbetssituationen (Theorell m fl 2000). I en teoretisk modell över samspelet mellan individ och omgivning kan man definiera tre nivåer, nämligen omgivningen (stressorer och fysiska påfrestningar), individen (coping) och reaktionerna (bland

annat skadliga och nyttiga former av aktivering eller stress). Reaktionerna kan påverka omgivningen, och reaktionerna går tillbaka till individen som erfarenheter vilka i sin tur tillsammans med genetisk bakgrund utgör grunden för ett visst copingmönster framöver. Enligt detta sätt att se kan sociala och psykosociala förhållanden påverka en människas copingmönster i en ständigt föränderlig process och göra det under hela livet. Det blir då orimligt att se copingmönster som enbart individuellt betingade.

En av de grundläggande teoretiska modeller (Ursin & Eriksen 2004) som utvecklats på det här området, *the cognitive activation theory of stress* (CATS), utgår från att förväntningarna om vad som ska hända när man handlar på ett visst sätt hela tiden styr våra handlingar. Den som på goda grunder väntar sig att en viss åtgärd ska få positiva konsekvenser (*positive expectancy*) väljer naturligtvis denna. Enligt detta sätt att se innebär "hjäplöshet" (*helplessness*) att man inte vet om de åtgärder som finns att välja bland ska få positiva eller negativa konsekvenser – vad man än väljer går det inte att förutse konsekvenserna. Hopplöshet (*hopelessness*) innebär på motsvarande sätt att man känner sig säker på att alla åtgärder som är möjliga att vidta kommer att få negativa konsekvenser. Enligt detta sätt att se skulle det bakom dold coping kunna dölja sig hopplöshet – vad man än vidtar för åtgärder i sin arbetssituation så blir det negativa konsekvenser. Den enda åtgärd man då kan vidta för att skydda sig själv är att långtidssjuka sig.

Våra hypoteser var att dold coping skulle ha samband med ökad sjukskrivning och att det skulle kunna finnas olikhet i detta avseende mellan män och kvinnor.

Material och metod

WOLF Stockholm är en epidemiologisk undersökning som syftar till att kartlägga relationen mellan arbetsmiljövariabler och biologiska riskfaktorer för hjärtinfarkt. I WOLF ingår 5 601 deltagare, varav 3 191 män och 2 410 kvinnor, som rekryterats via ett antal företagshälsovårdsenheter i Stockholmsområdet (Theorell m fl 2000). Företagen representerade många olika branscher, främst läkemedelsindustri, offentlig administration, undervisning, mekanisk industri, transport och bankväsende. I just den här undersökningen har man emellertid exkluderat personer i arbetsledande befattningar vilket berodde på att alla skulle kunna svara på frågorna både om beteende i relation till arbetskamraterna och chefen. Deltagarna fick fylla i formulär som lämnades hos företagshälsovården och de genomgick också

en medicinsk undersökning med bland annat mätning av blodtryck, längd och vikt.

Det mätinstrument för dold och öppen coping som vi använt härstammar från amerikanska undersökningar i vilka relationen mellan coping och blodtryck har undersökts. På basis av dessa studier konstruerades ett svenskt frågebatteri som sedan har använts i epidemiologiska studier (Theorell m fl 2000). Frågorna framgår av tabell 6.1. Man utgår från en tänkt situation med en chef alternativt arbetskamrat som har behandlat personen orättvist. Ett antal olika beteendemönster ställs upp och personen får ta ställning till hur ofta han eller hon använder vart och ett av dessa i en sådan situation. För varje beteende ska man ta ställning till hur man skulle göra i relation till chefen respektive arbetskamraten. Explorativa faktoranalyser baserade på just den aktuella databasen (WOLF Stockholm) har visat att det är naturligt att gruppera frågorna i två grupper, en som visar dold coping (som innebär att man undviker att konfrontera den aktuella personen som behandlat honom eller henne orättvist med detta) och en som visar öppen coping (som innebär konfrontation antingen direkt vid tillfället eller vid något senare tillfälle). Det viktiga är om chefen eller arbetskamraten konfronteras med att personen känt sig orättvist behandlad.

I analyserna visade det sig naturligt att kombinera beteendet i relation till chefen med beteendet i relation till arbetskamraten. Fyra frågor ingår i

Tabell 6.1. Frågor om coping i WOLF-formuläret.

Hur brukar Du oftast reagera om Du blir orättvist behandlad eller råkar i konflikt med A) en arbetsledare/chef, eller B) en arbetskamrat?

Ange ett alternativ för chef och ett för arbetskamrat på varje fråga:

A) Ja, oftast; Ja, ibland; Nej, sällan; Nej, aldrig.

B) D:o

1. *Låter saken passera utan att säga något*
2. *Går därifrån*
3. *Protesterar direkt*
4. *Resonerar med vederbörande chef*
5. *Skäller ut vederbörande direkt*
6. *Talar ut med vederbörande senare när man har lugnat ner sig*

Vad händer sedan?

7. *Mår dåligt (huvudvärk, ont i magen etc)*

8. *Blir sur och vresig hemma*

Enligt faktoranalys kan frågorna 1, 2, 7 och 8 (kursiverade) sägas utgöra en faktor (dold coping).

dold coping och i den kombinerade chef-arbetskamratvariabeln ingår då åtta frågor. Skalan för dold respektive öppen coping har behandlats som två oberoende skalor, men eftersom skalan för öppen coping visade sig vara mindre väl fungerande (förmodligen därför att det finns motstridiga faktorer i den) redovisas inte data kring öppen coping i detta kapitel. Poängen (från aldrig till alltid, 1–4) lades ihop till en totalpoäng (8–32, ju högre poäng desto mindre dold coping) varefter den summerade variabeln dikotomiserades så att den fjärdedel deltagare som rapporterade mest dold coping fick värdet 1 och övriga värdet 0. Det är vanligt i epidemiologisk forskning att definiera den "exponerade" gruppen som den fjärdedel som har "sämst poäng". Detta gör att man får en grupp som avviker tydligt från genomsnittet i en negativ riktning, men med en avvikelse som är tillräckligt stor för att ha betydelse på befolkningsnivå. Eftersom poängfördelningarna var så olika för män och kvinnor och vi ändå ville skapa jämförbara analysituationer i de två könsgrupperna valde vi att använda olika gränser för dold coping för män och kvinnor – en "strängare" för kvinnor och en "liberalare" för män. Eftersom skalan är ganska grov gick det inte att finna en gräns som exakt svarade mot en fjärdedel. Det närmaste vi kunde komma när det gäller dold coping var 28 procent för männen vilket svarade mot poänggränserna 8–20 och 21 procent för kvinnorna (vilket svarade mot poänggränserna 8–17). Övriga definierades som personer som inte hade dold coping. Cronbach-alfa-koefficienten (ett mått mellan 0 och 1 på hur väl frågorna "hänger ihop" som ska vara minst 0,6) för den kombinerade variabeln dold coping är 0,79. Det visade sig också möjligt att analysera beteendet i relation till chefen respektive arbetskamraten separat men då blev de psykometriska egenskaperna mindre goda, vilket innebär att resultaten blir mindre säkra.

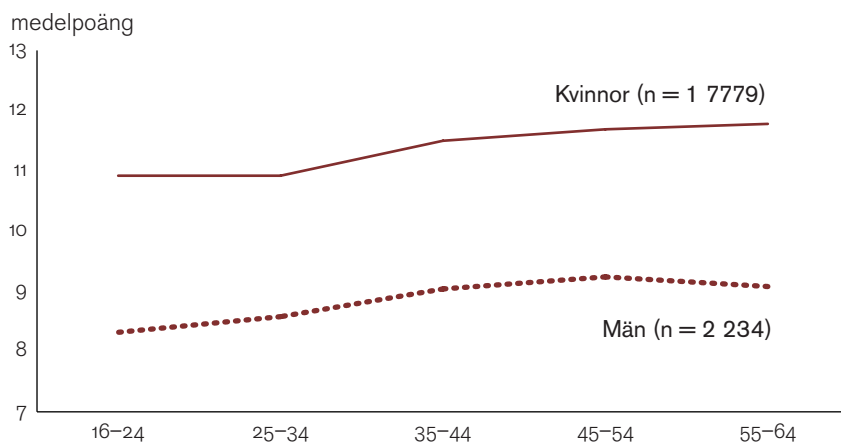
Sjukskrivning har studerats genom att databasen wolf Stockholm har kopplats till Riksförsäkringsverkets databas. Vi har dels kartlagt sjukskrivningsmönster under det år då formuläret i wolf Stockholm-undersökningen fylldes i, dels under en tvåårsperiod efter året för formulärundersökningen. Två olika sjukskrivningsvariabler har definierats, nämligen förekomst av någon sjukfrånvaro överstigande arbetsgivarperioden intervjuåret respektive lång sjukfrånvaro (minst 60 dagar sammanlagt under de två år som följer på undersökningsåret). Förtidspension likställdes i analyserna med långtidssjukskrivning. Alla sambandsanalyser har gjorts separat för män och kvinnor.

Tidigare sjukskrivning användes som kontrollvariabel. Här användes den naturliga logaritmen av antalet sjukskrivningsdagar andra året före undersökningsåret (plus 1 av matematiska skäl), alltså en kontinuerlig variabel. Skälet till detta var att sjukskrivningens längd är snedfördelad. De flesta har ingen eller mycket få sjukskrivningsdagar medan några få kan ha mycket långa perioder. När man använder variabeln som kontinuerlig kontrollvariabel förutsätter det att den är så normalfördelad som möjligt och att ”transformera” till naturliga logaritmer är då en vanlig metod. Eftersom det inte går att logaritmera noll måste man lägga till ett för att alla som saknar sjukskrivningsdagar ska komma med i analysen.

I analyserna användes också BMI (*Body Mass Index*) som är kvoten mellan vikten (i kilogram) och längden (i meter) i kvadrat. Skälet till att denna variabel inkluderas var att övervikt skulle kunna vara en förklaring både till hög sjukfrånvaro och till dold coping.

Resultat

Figur 6.1 visar hur dold coping är relaterad till kön och ålder. Åldersgrupperna är arrangerade i tioårsintervall med de yngsta till vänster och de äldsta till höger. Figuren visar att det är vanligast med dold coping bland de äldre i undersökningen men kurvorna följer inte ett linjärt förlopp. Bland kvinnorna börjar ökningen inte förrän över 34 års ålder och bland männen ser



Figur 6.1. Samband mellan kön respektive ålder och medelnivå av dold coping.

Tabell 6.2. Korrelationen (gammakoefficient) mellan vissa arbetsmiljövariabler samt BMI (Body Mass Index) och coping (Theorell m fl 2000).

	Män			Kvinnor		
	Beslutsutrymme (lågt)	Psykologiska krav (höga)	BMI (högt)	Beslutsutrymme (lågt)	Psykologiska krav (höga)	BMI (högt)
<i>Arbetskamrater</i>						
Dold coping (hög)	0,17	-0,02	0,00	0,21	0,15	0,07
<i>Arbetsledare</i>						
Dold coping (hög)	0,19	0,05	-0,02	0,23	0,12	0,08

Not: Signifikanta ($p < 0,05$) relationer markerade med fetstil.

man en tendens till minskning av förekomsten av dold coping över 54 års ålder. Det mest slående i figuren är dock den stora skillnaden mellan män och kvinnor; kvinnor har betydligt högre poäng för dold coping än männen.

Tabell 6.2 visar relationen mellan copingmönster och vissa arbetsmiljövariabler som har beskrivits utförligt i annan publikation (Theorell m fl 2000). Ett genomgående resultat är att individer som anger litet beslutsutrymme i arbetet har mera dold copingmönster. Detta gäller både män och kvinnor. En intressant observation är också att kvinnor med höga krav använder mera dold coping än andra kvinnor.

Sambanden mellan copingmönster och sjukskrivning presenteras i tabellerna 6.3a-d. Analyserna är justerade med hänsyn till ålder, socialgrupp och arbetsmarknadssektor. Bland kvinnorna föreligger ett klart samband mellan dold coping och förekomst av sjukskrivning överstigande arbetsgivarperioden under undersökningsåret, kvinnor med dold coping har större sannolikhet för sjukskrivning. Däremot finns inget signifikant samband mellan coping och lång sjukskrivning på sikt. För männen finns inga samband mellan coping och sjukskrivning under undersökningsåret, men däremot en signifikant överrisk för lång sjukskrivning under de två efterföljande åren för män som har mycket dold coping. Sambanden består även då BMI och tidigare sjukskrivning introduceras i modellen. Det förefaller alltså finnas ett könsdifferentierat samband mellan dold coping och sjukskrivning i materialet.

Av tabellerna 6.3a-b framgår vidare att arbete i privat sektor innebär en signifikant underrisk för sjukskrivning under undersökningsåret för kvinnorna, medan arbete i privat sektor för männen snarare innebär tendens till överrisk, efter kontroll för ålder, socialklass, coping, BMI och tidigare sjukskrivning.

Tabell 6.3a. Sjukskrivning som överskrider arbetsgivarperioden under intervjuåret, män (N = 1 869). Oddsquot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Oddsquot	95% KI	Oddsquot	95% KI	Oddsquot	95% KI
Ålder (ref 16–24)	1	–	1	–	1	–
25–34	1,57	0,59–4,15	1,55	0,59–4,10	1,52	0,57–4,067
35–44	2,07	0,79–5,44	2,01	0,77–5,28	1,91	0,72–5,08
45–54	2,63	1,02–6,81	2,56	0,99–6,63	2,37	0,90–6,24
55–64	3,48	1,31–9,27	3,41	1,28–9,09	3,14	1,16–8,51
Socialklass (ref chefsnivå)	1	–	1	–	1	–
Lägre chefsnivå	0,95	0,49–1,84	0,94	0,49–1,82	0,9	0,46–1,76
Tjänstemän, ej chefsnivå	1,42	0,63–3,23	1,44	0,62–3,26	1,29	0,56–2,97
Facklärdare arbetare	2,99	1,65–5,39	3,00	1,66–5,43	2,07	1,12–3,83
Ej facklärdare arbetare	3,12	1,77–5,53	3,12	1,76–5,52	2,27	1,26–4,11
Privat sektor	2,33	0,91–5,93	2,28	0,90–5,82	2,02	0,78–5,24
+ Dold coping	–	–	1,27	0,91–1,79	1,20	0,85–1,70
Ej öppen coping	–	–	0,75	0,52–1,09	0,77	0,53–1,12
+ BMI	–	–	–	–	1,01	0,96–1,06
Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)]	–	–	–	–	1,45	1,32–1,60
Signifikans för steg	0,000	–	0,161	–	0,000	–
Modellens uppskattade förklaringsvärde*	7,1 %	–	7,5 %	–	13,4 %	–

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3b. Sjukskrivning som överskrider arbetsgivarperioden under intervjuåret, kvinnor (N = 1 512). Oddsquot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Oddsquot	95% KI	Oddsquot	95% KI	Oddsquot	95% KI
<i>Ålder (ref 16–24)</i>	1	–	1	–	1	–
25–34	1,37	0,58–3,24	1,43	0,60–3,41	1,24	0,52–3,00
35–44	1,41	0,60–3,33	1,42	0,60–3,37	1,10	0,46–2,65
45–54	1,62	0,70–3,78	1,62	0,69–3,78	1,18	0,49–2,82
55–64	4,09	1,71–9,78	4,07	1,70–9,75	2,50	1,02–6,16
<i>Socialklass (ref chefsnivå)</i>						
Lägre chefsnivå	0,77	0,44–1,35	0,81	0,47–1,42	0,72	0,41–1,29
Tjänstemän, ej chefsnivå	1,07	0,65–1,75	1,08	0,66–1,77	0,83	0,49–1,39
Facklärd arbetare	1,22	0,51–2,93	1,28	0,53–3,09	0,81	0,32–2,06
Ej facklärd arbetare	2,14	1,24–3,71	2,21	1,27–3,84	1,42	0,79–2,53
Privat sektor	0,59	0,42–0,82	0,57	0,41–0,80	0,55	0,38–0,78
+ Dold coping	–	–	1,63	1,15–2,32	1,69	1,17–2,44
Ej öppen coping	–	–	1,14	0,81–1,58	1,13	0,80–1,60
+ BMI	–	–	–	–	1,06	1,01–1,10
Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)]	–	–	–	–	1,50	1,36–1,64
Signifikans för steg	0,000	–	0,008	–	0,000	–
Modellens uppskattade förklaringsvärde*	6,3 %	–	7,4 %	–	17,5 %	–

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3c. Sjukskrivning över 60 dagar de två år som följer på undersökningen, män (N = 1 869). Oddskvot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Oddskvot	95% KI	Oddskvot	95% KI	Oddskvot	95% KI
<i>Ålder (ref 16–24)</i>	1	–	1	–	1	–
25–34	1,19	0,40–3,56	1,17	0,39–3,50	1,16	0,38–3,52
35–44	1,84	0,63–5,37	1,76	0,60–5,16	1,70	0,57–5,06
45–54	2,69	0,94–7,71	2,59	0,90–7,42	2,47	0,84–7,21
55–64	4,43	1,52–12,9	4,26	1,46–12,5	4,09	1,37–12,2
<i>Socialklass (ref chefsnivå)</i>	1	–	1	–	1	–
Lägre chefsnivå	0,82	0,41–1,65	0,80	0,40–1,62	0,79	0,39–1,60
Tjänstemän, ej chefsnivå	1,34	0,57–3,12	1,35	0,58–3,15	1,23	0,52–2,92
Facklärdade arbetare	2,34	1,26–4,35	2,40	1,29–4,48	1,66	0,87–3,18
Ej facklärdade arbetare	2,99	1,66–5,36	2,99	1,66–5,39	2,23	1,21–4,13
Privat sektor	1,22	0,56–2,67	1,20	0,55–2,62	1,03	0,46–2,30
+ Dold coping	–	–	1,52	1,06–2,18	1,44	0,99–2,08
Ej öppen coping	–	–	0,76	0,51–1,13	0,77	0,52–1,16
+ BMI	–	–	–	–	1,00	0,95–1,05
Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)]	–	–	–	–	1,49	1,34–1,66
Signifikans för steg	0,000	–	0,049	–	0,000	–
Modellens uppskattade förklaringsvärde*	7,7 %	–	8,4 %	–	14,8 %	–

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Tabell 6.3d. Sjukskrivning över 60 dagar de två år som följer på undersökningen, **kvinnor** (N = 1 512). Oddskvot och 95-procentig konfidensintervall (KI).

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Oddskvot	95% KI	Oddskvot	95% KI	Oddskvot	95% KI
<i>Ålder (ref 16–24)</i>	1	–	1	–	1	–
25–34	1,10	0,46–2,65	1,12	0,47–2,70	0,96	0,39–2,35
35–44	1,07	0,44–2,56	1,07	0,44–2,56	0,84	0,34–2,06
45–54	1,17	0,49–2,77	1,16	0,49–2,77	0,88	0,36–2,14
55–64	4,00	1,67–9,61	3,95	1,64–9,49	2,48	1,00–6,18
<i>Socialklass (ref chefsnivå)</i>	1	–	1	–	1	–
Lägre chefsnivå	1,25	0,63–2,48	1,28	0,65–2,56	1,22	0,60–2,50
Tjänstemän, ej chefsnivå	1,57	0,83–2,95	1,57	0,84–2,96	1,28	0,66–2,48
Facklärida arbetare	3,07	1,24–7,59	3,18	1,28–7,89	2,21	0,83–5,87
Ej facklärida arbetare	2,70	1,36–5,35	2,74	1,38–5,44	1,83	0,89–3,75
Privat sektor	0,87	0,59–1,28	0,86	0,584–1,27	0,86	0,57–1,29
+Dold coping	–	–	1,23	0,824–1,83	1,26	0,83–1,92
Ej öppen coping	–	–	1,25	0,863–1,80	1,25	0,85–1,83
+ BMI	–	–	–	–	1,03	0,98–1,08
Sjukskrivning 2 år tidigare [ln(x+1)]	–	–	–	–	1,57	1,41–1,74
Signifikans för steg	0,000	–	0,204	–	0,000	–
Modellens uppskattade förklaringsvärde*	6,6 %	–	7,0 %	–	17,6 %	–

Not: + indikerar ett nytt steg i den hierarkiska analysen; *Nagelkerkes R².

Diskussion

Hypotesen var att dold coping i största allmänhet skulle ha samband med sjukskrivning totalt sett. Vi finner stöd för denna hypotes, men endast hos kvinnorna under undersökningsåret.

Vi trodde också att dold coping skulle ha samband med lång sjukskrivning. Även för detta finner vi stöd, även om sambandet är något mindre säkert än det första sambandet. Detta samband tycks dock gälla endast för männen.

Det finns inget stöd för uppfattningen att dold coping i samband med kortare sjukskrivningsperioder skulle kunna förvärra risken för långtids-sjukskrivning. Tvärtom skulle man kunna spekulera i att korttidssjukskrivningar, som kan ses som en undandragande copingstrategi vilket vi ser mer av hos kvinnorna, i vissa fall skulle kunna förebygga lång sjukskrivning av det slag som vi ser hos männen. Studien ger emellertid inga möjligheter att testa om det finns något orsakssamband av det slag som resonemanget ovan antyder, varför spekulationen endast ska ses som ett uppslag till framtida forskning.

Den tredje hypotesen var att det skulle kunna finnas skillnader i sambandsmönster mellan män och kvinnor. Detta bekräftades alltså genom att dold coping hade kortsiktiga samband med att överhuvudtaget sjukskriva sig hos kvinnorna och ett mera långsiktigt samband med lång sjukskrivning hos männen. Detta är intressant mot bakgrund av att det också finns ett tydligt samband mellan dold coping och blodtrycksförhöjning hos män i åldrarna 45 till 54 (Theorell m fl 2000). Detta väcker frågor om specifikt manliga respektive kvinnliga mönster. Medelålders män som förklarar att de använder sig av dold coping (vilket relativt sett är ovanligt i denna grupp) löper alltså större risk både att utveckla högt blodtryck och att bli långtidssjukskrivna än andra män i samma åldrar. Risken för förhöjt blodtryck (minst 160 mmHg systoliskt och 90 mmHg diastoliskt) var 1,6 (1,2–2,2). För kvinnorna är det istället den totala sjukskrivningen under undersökningsåret som ökar vid dold coping. Om man kan se dold coping som ett undvikandebeteende förefaller det av dessa resultat som om de hälsomässiga konsekvenserna av ett sådant beteende blir mycket olikartat för män och kvinnor. Detta skulle kunna förklaras av olikheter i mäns och kvinnors arbetsmarknad, familjesituation och av attityder till sjukdom och hälsa.

Kivimäki och medarbetare (2003) har nyligen i den engelska prospektiva studien av statsanställda (Whitehall 11) visat att ett begränsat antal korta

sjukskrivningsperioder hade en skyddande effekt i förhållande till mortalitet hos män vilket skulle kunna ha relevans för tolkningen av våra resultat.

Som nämnts finns det ett tydligt samband mellan grad av beslutsutrymme i arbetet och dold coping. Ju mindre man anser sig att ha att säga till om på arbetet, desto större är sannolikheten att man använder sig av dold coping. Kvinnor rapporterar både generellt lägre beslutsutrymme och mera dold coping än män.

Att män generellt har en lägre nivå av långa sjukskrivningar kan vara en viktig faktor. Det skulle kunna vara så att män har en lägre grad av undvikande beteende och därför "pressar sig längre" vilket skulle kunna öka risken för blodtrycksförhöjning istället för sjukskrivning. Hur stor del av de här könsskillnaderna som är omgivningsbetingade respektive betingade av individuella förhållanden (arv, uppväxt, aktuella hemförhållanden) och så vidare är inte känt. Män och kvinnor har mycket olika arbetsmarknader och de stora systematiska skillnaderna i mäns och kvinnors arbetsförhållanden kan spela stor roll. Det är många studier i västerlandet som har visat att kvinnor rapporterar mindre beslutsutrymme i arbetet än män. En spekulation kan vara att kvinnor som haft mindre att säga till om anpassat sig med dold coping i större utsträckning än män. Om detta är fallet skulle det kunna leda till att dold coping hos män är ett mera "från gängse normer avvikande" beteende än hos kvinnor. Det återspeglas ju också i att vi dragit gränsen olika för dold coping för män och kvinnor, en mera liberal gräns för män och en mera sträng för kvinnor.

Om ålderstendenserna med avseende på dold coping är en effekt av erfarenheterna i arbetslivet eller om olika generationer har olika inställning till den här situationen är förstås omöjligt att uttala sig om.

En grundförutsättning för undersökningen är att deltagarna själva först har definierat vad som är en situation i vilken man blir orättvist behandlad alternativt råkar i konflikt. Utgångspunkten kan se mycket olika ut för olika personer och också i olika branscher i arbetslivet.

Vad betyder dessa samband kvantitativt för sjukskrivningsmönstren? Det går ju inte att på basis av vår undersökning definiera en grupp människor som har dold coping, utan vi har varit hänvisade till att göra en arbiträr indelning. Om vi accepterar denna och utgår från att 28 procent av männen har dold coping kan vi beräkna den etiologiska fraktion som svarar mot effekten av dold coping på lång sjukskrivning under uppföljningen för männen. Om vi inte kontrollerar för tidigare sjukskrivning blir denna 0,52/

1,52 multiplicerat med 28 procent, vilket är lika med 9,6 procent. Om vi justerar för tidigare sjukskrivning och även BMI blir siffran istället 0,44/1,44 multiplicerat med 28 procent vilket är lika med 8,6 procent. För kvinnorna måste vi då acceptera att 21 procent uppvisar dold coping, vilket på sätt och vis är missvisande eftersom kvinnorna oftare rapporterar dold coping och gränsen har dragits mera strängt. När det gäller kvinnornas sjukfrånvaro under intervjuåret blir före justering för tidigare sjukskrivning den etiologiska fraktionen 0,63/1,63 multiplicerat med 21 procent vilket är lika med 8,1 procent. När man justerar för tidigare sjukskrivning blir siffran faktiskt något högre nämligen 0,69/1,69 multiplicerat med 21 procent vilket är lika med 8,6 procent. Teoretiskt svarar den etiologiska fraktionen mot den andel av sjukskrivningarna som skulle kunna förhindras om de 28 respektive 21 procent med mest dold coping kunde få lika litet dold coping som övriga i den yrkesarbetande studerade populationen. Egentligen handlar det förstås om att minska dold coping som strategi mera allmänt, och siffrorna ger bara en mycket ungefärlig uppfattning om sambandets relativa betydelse. Att minska dold coping låter kanske som en utopi, men behöver inte vara det eftersom det finns ett samband mellan graden av beslutsutrymme i arbetet och förekomsten av dold coping hos de anställda. Förmodligen föreligger ett samspel mellan individegenskaper och arbetsmiljö. Personer med benägenhet för dold coping kan etablera ett öppnare förhållningssätt om arbetsmiljön är tillåtande och ger bra beslutsutrymme och stöd. Och det omvända gäller förmodligen också. Detta är något som borde göras föremål för mera systematiska studier.

Vi har valt att avgränsa ”dold coping” till den ”sämsta” kvartilen. Man kunde ha valt andra gränser, till exempel sämsta hälften, tredjedelen eller femtedelen. När man beräknar etiologisk fraktion spelar detta dock inte så stor roll som man kanske skulle kunna tro eftersom den relativa risken för sjukskrivning ökar när man använder ett strängare kriterium samtidigt som det blir allt färre personer som uppfyller kriteriet. Slutresultatet blir därför ofta när man flyttar gränsen uppåt eller nedåt att den etiologiska fraktionen inte ändras så mycket.

I en tidigare undersökning av samma grupp (Theorell m fl 2003) har vi visat att högt beslutsutrymme har samband med liten risk för sjukskrivning (minst 15 dagar) såväl hos män som hos kvinnor. I den här studien valde vi att inte använda beslutsutrymme som confounder, det vill säga som faktor som kan störa sambandet, eftersom vi bedömde att beslutsutrymme och

dold coping är beroende av varandra och att en confoundinganalys skulle bli svårtolkad.

I analyserna användes BMI som en kontrollvariabel, då det är känt att förekomsten av högt blodtryck har ett starkt samband med övervikt. Då övervikt är en riskfaktor även för en mängd andra sjukdomar bör det även finnas samband med sjukskrivning. Enligt en svensk studie (Nilsson m fl 1997) finns det emellertid också samband mellan obesitas och självskattad copingförmåga. Det är därför tänkbart att BMI inte enbart är en confounder utan också en medierande variabel som kan förstärka eller försvaga sambandet. Introduktionen av BMI kan därför ha inneburit en överkontroll som gör att sambanden mellan coping och utfallsvariablerna underskattats i studien.

Försök gjordes också att relatera förekomst av olika copingstrategier till personalförändringar på arbetsplatsen (se Westerlund m fl 2004 för en metodologisk beskrivning), men inga sådana samband framkom. Avsaknaden av tydliga resultat bör emellertid inte tolkas som att inga samband finns, då vi inte vet om detta beror på att det saknas samband mellan fenomenen eller om det är en följd av att datamaterialet består av ett mycket begränsat antal arbetsplatser, vilket drastiskt minskar variationsvidden i variabeln personalförändringar.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis ger studien ett starkt stöd för tanken att det finns samband mellan människors copingsstrategier, närmare bestämt förekomsten av dold coping, och risken att bli sjukskriven. Sambandet var markant olika för män och kvinnor. Hos kvinnor fanns ett signifikant tvärsnittssamband mellan dold coping och en ökad tendens att överhuvudtaget sjukskriva sig, medan det hos männen istället fanns ett prospektivt samband med risken för lång sjukskrivning. Resultaten skulle kunna tolkas som att kvinnor ibland använder sjukskrivning som en aktiv, undandragande copingstrategi, vilken eventuellt kan förebygga senare långtidssjukskrivning, medan det omvända gäller för männen.

Referenser

- Ektor-Andersen J, Ørbaek P & Isacsson SO (2002) "Behaviour-focused Pain Coping: Consistency and Convergence to Work-capability of the Swedish Version of the Chronic Pain Coping Inventory" *Journal of Rehabilitation Medicine* 34, s 33–39.

- Härenstam A, Theorell T & Kaijser L (2000) "Coping with Anger-provoking Situations, Psychosocial Working Conditions, and ECG-detected Signs of Coronary Heart Disease" *Journal of Occupational Health & Psychology*, Jan;5(1), s 191–203.
- Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J & Marmot MG (2003) "Sickness Absence as a Global Measure of Health: Evidence from Mortality in the Whitehall II Prospective Cohort Study" *British Medical Journal*, 327(7411), s 364.
- Löck J, Theorell T, Arnetz B & Eneroth P (1991) "Physiological Concomitants of an 'Vautonomous Day Care Programme' in Geriatric Day Care" *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, s 41–46.
- Nilsson T, Ericsson M, Poston WS 2nd, Linder J, Haddock CK & Goodrick GK (1997) "Perceived Coping Capacity: A Comparison between Obese Patients and Patients on Long-term Sick Leave" *Eating and Weight Disorders*, 2, s 182–187.
- Schnyder U, Moergeli H, Klanghofer R, Sensky T & Buchi S (2003) "Does Patient Cognition Predict Time Off from Work after Life-threatening Accidents?" *American Journal of Psychiatry*, 160, s 2025–2301.
- Theorell T, Alfredsson L, Westerholm P & Falck B (2000) "Coping with Unfair Treatment at Work – What is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-aged Men and Women?" *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, s 86–94.
- Theorell T, Oxenstierna G, Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J & Alfredsson L (2003) "Downsizing of Staff is Associated with Lowered Medically Certified Sick Leave in Female Employees" *Occupational and Environmental Medicine*, 60, s 9.
- Ursin H & Eriksen H (2004) "The Cognitive Activation Theory of Stress" *Psychoneuroendocrinology*, 29, s 567–592.
- Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G & Theorell T (2004) "Workplace Expansion, Long-term Sickness Absence and Hospital Admission" *The Lancet*, 363, s 1193–1197.

KAPITEL 7

Ohälsa i ungdomen

– sjukfrånvaro och förtidspension 30 år senare

7. Ohälsa i ungdomen – sjukfrånvaro och förtidspension 30 år senare

Daniel Falkstedt och Tomas Hemmingsson

SJUKSKRIVNINGARNA HAR ÖKAT KRAFTIGT sedan 1997. Det är i första hand den långa sjukfrånvaron som har ökat. Det är däremot osäkert om den ökade långtidssjukfrånvaron är kopplad till en motsvarande allvarlig försämring av befolkningens hälsa. I själva verket pekar ett flertal indikatorer på en trendmässig förbättring (Hogstedt m fl 2004). Detta uttrycks tydligast i en ökad medellivslängd. Det har dock nyligen rapporterats en kraftig ökning av olika typer av nedsatt psykiskt välbefinnande (Hallsten m fl 2004). Vi vet samtidigt att sjukfrånvaro inte alltid är ett uttryck för en motsvarande nivå av ohälsa. I vissa yrken, framför allt tjänstemannayrken, finns möjligheten att arbeta trots lättare besvär eller begränsningar. I andra yrken, till exempel fysiskt krävande arbetaryrken, förväntas arbetskraften i större utsträckning ha full funktion och möjlighet att arbeta maximalt. Det betyder att långtidssjukfrånvaro inte nödvändigtvis indikerar allvarlig ohälsa utan ofta en viss nivå av ohälsa i relation till en given arbetsmiljö (Johansson & Lundberg 2004). Det finns dock starka tecken på att långtidssjukskrivning kan vara en indikator på allvarlig sjukdom. Detta förhållande uttrycks bland annat i en förhöjd dödlighet i gruppen sjukskrivna (Hallsten m fl 2004; Lindholm & Fredlund 2004; Vahtera m fl 2004).

De processer som leder fram till ohälsa, sjukskrivning och dödlighet kan pågå under lång tid. Vi vet att arbetslöshet och sjukskrivning ökar sannolikheten att senare bli förtidspensionerad (Kivimäki m fl 2003; Palmer 2004), men även att nedsatt hälsa, indikerad av en ökad nivå av sjukskrivning, ökar sannolikheten att senare bli arbetslös (Hemmingsson 2004). Bäckman (1998) har studerat potentiella förklaringsfaktorer bakom ohälsa och sjukskrivning från flera tidpunkter av människors liv. Vi har tidigare visat att faktorer mätta i barn- och ungdomsåren, såsom ogynnsam tidig social miljö, psykisk ohälsa och ogynnsam livsstil, var förenade med en ökad sannolikhet för förtida dödlighet, hjärt-kärlsjuklighet, psykisk sjukdom, alkoholism och förtidspensionering mellan 20 och 50 års ålder (Hem-

mingsson & Kriebel 2003; Upmark m fl 1997). Sådana tidigt etablerade riskfaktorer bidrog också kraftigt till att förklara de stora socioekonomiska skillnaderna i flera av dessa hälsoutfall (Hemmingsson & Lundberg 2004).

Avsikten i detta kapitel är att undersöka om dålig självrapporterad hälsa i ungdomen är relaterad till sjukskrivning och förtidspension i medelåldern. Vi avser också att, givet att en relation kan identifieras, söka faktorer som kan bidra till att klargöra denna relation. De faktorer vars förklaringsvärde vi prövar hämtas från både ungdomsåren och vuxenlivet.

Självrapporterad hälsa

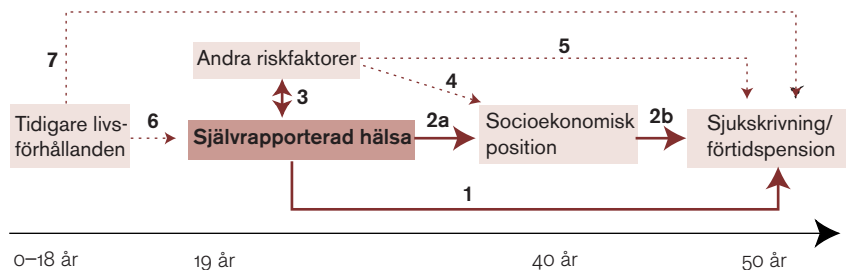
Det har under senare tid blivit allt vanligare att använda ett globalt hälso-mått, självrapporterad hälsa, som utfallsmått i epidemiologiska studier. Istället för klinisk undersökning får personer själva skatta sitt allmänna hälsotillstånd, och resultaten sätts i samband med tidigare exponering för riskfaktorer. Som exempel har visats att personlighetsegenskaper, klassbakgrund, utbildningsgrad och psykosociala förhållanden i arbetet kan bidra till att förklara sociala skillnader i självrapporterad hälsa och förändringar i självrapporterad hälsa över tid (Power m fl 1998). Måttets starka samband med dödlighet har ytterligare ökat intresset (Appels m fl 1996; Björner m fl 1996; Idler & Benyamini 1997). Studier som gjorts i äldre populationer har visat att självrapporterad hälsa faktiskt kan vara en bättre prediktor för framtida dödlighet än kliniskt fastställd hälsa (Mossey & Shapiro 1982). Utifrån antagandet att det finns ett samband med framtida dödlighet har självrapporterad hälsa också ofta använts som utfallsmått i yngre populationer, eftersom dödlighet såväl som kliniska tillstånd där är sällsynta (Power m fl 1996, 1998).

En rad studier har visat att självrapporterad hälsa är relaterad till faktorer av olika slag, till exempel fysiska hälsotillstånd, ålder, kön, livstillfredsställelse, inkomst, utbildning (Idler & Angel 1990; Idler & Benyamini 1997; Kaplan & Camacho 1983; Mossey & Shapiro 1982). Däremot saknas studier som kan förklara sambandet mellan självrapporterad hälsa och dödlighet (Björner m fl 1996; Idler & Benyamini 1997). Ett flertal faktorer har undersökts, men relationen mellan självrapporterad hälsa och dödlighet har förblivit i stor utsträckning oförklarad (McCallum m fl 1994; Wannamethee & Shaper 1991). Det har därför föreslagits att en kombination av potentiella variabler från olika områden – medicinskt eller psykologiskt fastställbara faktorer, förhållanden i barndomen och så vidare – tillsam-

mans kan förklara sambandet mellan självrapporterad hälsa och dödlighet (Björner m fl 1996; Cott m fl 1999; Moller m fl 1996). Förklaringsvariablerna kan också vara olika i olika åldersgrupper, allteftersom mönstret för diagnoser vid dödsfall förändras.

Vi har tidigare undersökt sambandet mellan dålig självrapporterad hälsa bland unga män och för tidig död (Larsson m fl 2002). Starka samband mellan låg självrapporterad hälsa och dödlighet under 26 års uppföljning kunde påvisas. Olika indikatorer på nedsatt psykisk hälsa som mättes vid 18–20 års ålder (psykiatrisk diagnos, låg emotionell kontroll och att ha tagit medicin för nerverna) förklarade i stort sett hela den ökade relativa sannolikheten att dö före 46 års ålder bland dem med dålig självrapporterad hälsa i ungdomen. Vi har därtill tidigare visat att dessa tre indikatorer för psykisk ohälsa som mättes i ungdomen också var starka prediktorer för förtidspension före 42 års ålder (Upmark m fl 1997).

Relationerna mellan självrapporterad ohälsa i ungdomen och framtida sjukskrivning eller förtidspension kan antas se ut på flera sätt (figur 7.1). En möjlighet är att dålig självrapporterad hälsa i ungdomen indikerar ohälsotillstånd som permanentas eller försämras och senare ligger till grund för sjukskrivningar och förtidspensioneringar under de yrkesverksamma åren. Sambandet är då direkt verkande (pil 1 i figuren). Vi kan å andra sidan tänka oss en indirekt verkan av självrapporterad hälsa i ungdomen på risken för sjukskrivning och förtidspension senare i livet. Ohälsa i ungdomen antas då föranleda en social karriär mot ogynnsamma förhållanden i vuxenlivet, i denna studie indikerat av mindre kvalificerat arbete. Dessa förhållanden är sedan den primära orsaken bakom sjukskrivning och förtidspension (pil 2a och 2b). Direkt och indirekt verkan utesluter heller inte varandra. Också en



Figur 7.1. Relationerna mellan självrapporterad ohälsa i ungdomen och framtida sjukskrivning eller förtidspension.

mängd andra riskfaktorer för senare ohälsa kan uppträda redan i ungdomen. Rökning, hög alkoholkonsumtion, bristande känslomässig kontroll och annan psykisk problematik är exempel på detta. Det är tänkbart att faktorer som dessa samvarierar med en självrapporterad ohälsa vid samma tid. Därjämte kan det tänkas att en dålig självrapporterad hälsa som relaterar till exempelvis nedsatt psykiskt välbefinnande har verkan på sådant som rökning och alkoholkonsumtion (pil 3).

Dessa andra riskfaktorer, som nämns ovan, kan också antas ha både direkta och indirekta relationer till senare sjukskrivning och förtidspension oberoende av den självrapporterade hälsan. Även här är det en möjlighet att faktorerna inverkar via en ogynnsam social karriär som de orsakar (pil 4) eller har ett direkt eget inflytande (pil 5). Dessa samband ligger utanför fokus i den aktuella studien, och det markeras med streckade linjer. En ytterligare faktor har infogats i denna perifera del av vår modell: tidiga livsförhållanden som har effekt på senare hälsa. Såväl den fysiska som den psykosociala och intellektuella miljön före 19 års ålder kan antas få följder för en senare självrapporterad hälsa, och även här bör verkan kunna vara både direkt och indirekt (pil 6 och 7).

Material

Studien baseras på de 49 323 män, födda 1949–51, som genomgick värnpliktsmönstring 1969–70. Vid mönstringen fick de fylla i frågeformulär angående faderns yrke, förhållande till föräldrar och vänner, uppfostran, skol- och arbetsförhållanden, rökning och alkoholkonsumtion. Var och en genomgick en strukturerad intervju med en utbildad psykolog som bedömde ett antal personlighetsvariabler. Somatiska och psykiatriska diagnoser ställdes av läkare. Samtliga dessa data har sparats för forskning och har tidigare använts i flera forskningsprojekt.

Självrapporterad hälsa vid 18–20 års ålder

Vid mönstringsundersökningen 1969–70 fick samtliga av de unga männen bedöma sitt allmänna hälsotillstånd genom följande fråga: "Hur är ditt *hälsotillstånd* just nu?". Svarsalternativen löd: "Mycket bra", "Ganska bra", "Varken bra eller dåligt", "Ganska dåligt" och "Mycket dåligt". I analyserna har svarsalternativen "Ganska dåligt" och "Mycket dåligt" slagits samman, och som referenskategori vid beräkning av relativa sannolikheter att drabbas av sjukskrivning och förtidspension används alternativet "Mycket bra".

Övriga potentiella riskfaktorer för senare långtidssjukskrivning och förtidspension mätta vid 18–20 års ålder

Ett antal övriga riskfaktorer från mönstringsundersökningen, vid sidan av självrapporterad hälsa, har utvalts för att ingå i studien på grund av att de tidigare visat sig kunna predicera psykisk ohälsa, förtidspension och dödlighet (Hemmingsson & Kriebel 2003; Hemmingsson & Lundberg 2004; Larsson m fl 2002; Upmark m fl 1997). Dessa faktorer betraktas i första hand som ovidkommande förklaringar, som kan påverka bedömningen av sannolikheten för dem med dålig självrapporterad hälsa att under uppföljningen vara sjukskrivna eller bli förtidspensionerade. Genom att i analysen justera för att dessa faktorer fördelar sig olika mellan grupper med bra och dålig självrapporterad hälsa uppnår vi syftet att ge en mer rättvisande bild av relationen mellan självrapporterad hälsa och sjukskrivning eller förtidspension, det vill säga utan inverkan från andra faktorer. Från mönstringsundersökningen finns information om längd och vikt, och ett så kallat BMI (body mass index) beräknades med formeln: vikten i kilo dividerad med längden tagen i kvadrat. Som övervikt klassas i vår undersökning ett BMI större än 25; övriga utgör då referenskategori. De mönstrande fick svara på frågan "Har du tagit *medicin för nerverna* någon gång?"; svarsalternativen "Ja, flera gånger" och "Ja, någon gång" betraktas som exponerade och "Nej, aldrig" som oexponerade. Som *riskbrukare av alkohol* klassades de som uppfyllde minst ett av följande alternativ: att ha omhändertagits för fylleri, att ha tagit "återställare" på grund av baksmälla, att ha rapporterat alkoholberusning ganska ofta eller ofta, eller rapporterat en alkoholkonsumtion om minst 250 gram per vecka. Som *rökare* betraktas de som uppgett sig röka mer än fem cigaretter om dagen, och övriga utgör då referensgrupp. *Psykiatrisk diagnos* gavs efter undersökning av psykiater med diagnos enligt ICD-8. *Emotionell kontroll* fastställdes genom psykologbedömning av de mönstrande avseende låga nivåer av stresstolerans eller hög anspänning, problem med att kontrollera nervositet och hantera aggression med mera.

Riskfaktorer för senare sjukskrivning och förtidspension mätta vid Folk- och bostadsräkningen 1990

Genom att samköra värnpliktsdatabasen 1969/70 med uppgifter inhämtade i samband med Folk- och bostadsräkningen 1990 erhöll vi information om socioekonomisk grupp vid den tidpunkten. Männen var då 39–41 år gamla.

Socioekonomisk grupp har i vår undersökning betraktats som prediktor för senare sjukskrivning och förtidspension. Information insamlad i samband med Folk- och bostadsräkningar handhas av Statistiska centralbyrån (scb), som också ansvarade för registersamkörningarna.

Information om sjukskrivning och förtidspension

Vi har inhämtat ytterligare information om männen genom att samköra vår databas med scb:s LOUISE-databas. Databasen LOUISE har byggts upp av scb genom att sammanföra uppgifter från flera befolkningsregister. Uppgifter om inkomst av tjänst, inkomst från socialförsäkringssystemet samt ersättning i form av arbetslöshetsunderstöd och kontant arbetsmarknadsstöd (KAS) för varje individ finns redovisat på årsbasis. Med hjälp av dessa uppgifter har antalet sjukskrivningsdagar beräknats för åren 1999–2001. Det är inte möjligt att se när under året en händelse inträffade eller om sjukskrivningen var koncentrerad till en sammanhängande period eller uppdelad på flera kortare perioder. LOUISE-databasen innehåller inte information om antalet dagar per år som individerna i undersökningsgruppen varit sjukskrivna. För att identifiera dem som erhållit någon ersättning i form av sjukpenning, och för att grovt försöka identifiera en grupp långtidssjukskrivna 1999–2001 samt identifiera dem som erhållit inkomst i form av förtidspension 1999–2001, har vi därför tagit hjälp av inkomstuppgifterna och använt följande kriterier:

Någon/all slags sjukskrivning: De som erhållit minst en dags ersättning i form av sjukpenning under åren 1999–2001. I gruppen ingår alla med någon sjukpenning, det vill säga även de långtidssjukskrivna.

Långtidssjukskrivning: De som, enligt inkomstuppgifterna för åren 1999–2001, under något av åren erhöll minst 50 procent av sin totala årsinkomst i form av sjukpenning klassificerades som långtidssjukskrivna under ifrågasvarande år. Ett minimum på 40 000 kronor i inkomst i form av sjukpenning sattes upp, för att motverka att personer med mycket små inkomster, men med hög andel av inkomsterna i form av sjukpenning, klassificerades som långtidssjukskrivna. Dessutom klassificerades som långtidssjukskrivna de som under ett givet år fick minst 100 000 kronor i sjukpenning, även om denna summa var mindre än 50 procent av den totala årsinkomsten. Detta motiveras av att personer med höga inkomster och samtidigt lång sjukfrånvaro annars skulle ha svårare att kvalificera sig som sjuka i undersökningen. Då det finns ett tak för sjukskrivningsersättningen anses 100 000 kronor i

ersättning motsvara samma sjukskrivningstid för alla vars lön överstiger ersättningstaket.

Förtidspension: De som för första gången erhöll ersättning i form av förtidspension under åren 1999–2001.

I analysen kring samtliga utfall exkluderades de personer som erhållit ersättning i form av förtidspension tidigare år, eftersom de inte var under risk att drabbas under uppföljningstiden (1999–2001).

Dataanalys

Sambandet mellan bättre eller sämre självrapporterad hälsa och sjukskrivning eller förtidspension beräknas med oddskvoter, som anger ett mått på den relativa sannolikheten för en utsatt grupp, i det här fallet de som rapporterat dålig hälsa, att senare drabbas av något av hälsoutfallen jämfört med en icke utsatt grupp, i det här fallet de som rapporterat god hälsa. Konfidensintervall på 95-procentsnivå används i analyserna för att skatta storleken på eventuell slumpmässig inverkan. För var och en av de potentiella riskfaktorerna för ohälsa beräknas den relativa sannolikheten att drabbas av sjukskrivning eller förtidspension. Sambanden mellan dålig självrapporterad hälsa och sjukskrivning eller förtidspension beräknas även med hänsyn tagen till inverkan från de övriga potentiella riskfaktorerna i så kallade multivariata analyser. För dessa analyser användes den logistiska proceduren i statistikbearbetningsprogrammet sas.

Den ursprungliga populationen bestod av 49 323 personer. Cirka 2 000 av dessa hade avlidit och cirka 2 000 hade förtidspensionerats före 1999. Av de övriga exkluderades de som inte hade full information på samtliga variabler som användes i analysen. Den slutgiltiga studiepopulationen som analyserna grundade sig på bestod av 42 184 personer, och dessa följdes med avseende på sjukskrivning och förtidspension under åren 1999–2001.

Undersökningsresultat

Självrapporterad hälsa, sjukskrivning och förtidspension

Fördelningen av självrapporterad hälsa bland de mönstrande männen, så som den rapporterades när de vid 18–20 års ålder mönstrade till allmän värnplikt, framgår av tabell 7.1. Av de unga männen rapporterade 41,6 procent sin hälsa som mycket bra och 3,4 procent som ganska eller mycket

Tabell 7.1. Antalet personer i undersökningen, bland 50-åriga män, och antalet som hade någon sjukskrivning, långtidssjukskrivning eller förtidspension under åren 1999–2001, fördelat i förhållande till den självrapporterade hälsan vid 18–20 års ålder.

Självrapporterad hälsa	Antal personer	Någon sjukskrivning	Långtids-sjukskrivning	Förtids-pension
Mycket bra	17 540 (41,6 %)	3 855	771	264
Ganska bra	17 621 (41,8 %)	4 217	859	327
Varken bra eller dålig	5 608 (13,3 %)	1 518	346	149
Ganska/mycket dålig	1 415 (3,4 %)	443	127	62
Summa	42 184	10 033	2 103	802

dålig. Av tabellen framgår också antalet personer som var sjukskrivna, långtidssjukskrivna och förtidspensionerade åren 1999–2001, fördelade på grupper med olika hälsa vid 18–20 års ålder.

I tabellerna 7.2–4, första kolumnen, ser vi att dålig självrapporterad hälsa i sena ungdomen var förenad med en ökad sannolikhet att vara sjukskriven minst 14 dagar, att vara långtidssjukskriven respektive att bli förtidspensionerad vid 50 års ålder. Sannolikheten att drabbas av sjukskrivning eller förtidspension i medelåldern ökade för varje steg av försämrad självrapporterad hälsa, så som den uppgavs vid mönstringsundersökningen. Starkast relation till dålig självrapporterad hälsa vid mönstringen syns för förtidspension (tabell 7.4, första kolumnen).

Andra potentiella riskfaktorer för senare sjukskrivning och förtidspension

Ett antal övriga faktorer mätta vid mönstringen inkluderades i studien i egenskap av möjliga alternativa förklaringsvariabler i undersökningen av relationen mellan självrapporterad hälsa och sjukskrivning eller förtidspension. Samtliga utvalda övriga riskfaktorer mätta vid mönstringen (indikatorer på psykisk ohälsa: medicinering för nerverna, psykiatrisk diagnos och låg emotionell kontroll; livsstilsfaktorer: övervikt, rökning, riskbruk av alkohol) var förenade med en ökad sannolikhet för individen att drabbas av sjukskrivning, långtidssjukskrivning respektive förtidspension vid 50 års ålder (tabellerna 7.2–4, första kolumnen). De starkaste sambanden sågs mellan var och en av dessa faktorer och förtidspension (tabell 7.4, första kolumnen). Sannolikheten för dem som tillskrevs en psykiatrisk diagnos vid mönstringen att få förtidspension vid 50 års ålder var 2,3 (KI 95-procentig 2,0–2,8) gånger högre än för dem utan en sådan diagnos.

Tabell 7.2. Relationen mellan självrapporterad hälsa och *någon sjukskrivning* 1999–2001 bland 50-åriga män. I första kolumnen redovisas univariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa, indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer samt socioekonomisk grupp 1990 och någon sjukskrivning; kontroll för inbördes relationer görs inte. I de påföljande kolumnerna redovisas multivariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa och någon sjukskrivning, där kontroll görs för (I) indikatorer på psykisk ohälsa vid 18–20 års ålder, (II) livsstilsfaktorer vid 18–20 års ålder, (III) indikatorer på psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer, (IV) socioekonomisk grupp 1990 och (V) indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer och socioekonomisk grupp. Den relativa sannolikheten uttrycks i oddskvoter (odds ratio), med konfidensintervall (KI), 95 procent.

	Univariat analys	Multivariat analys:				
	OR (KI 95%)	I OR (KI 95%)	II IOR (KI 95%)	III OR (KI 95%)	IV OR (KI 95%)	V OR (KI 95%)
<i>Självrapporterad hälsa</i>						
(Mycket bra ref)						
Ganska bra	1,1 (1,1–1,2)	1,1 (1,0–1,1)	1,1 (1,0–1,1)	1,0 (1,0–1,1)	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (1,0–1,1)
Varken bra eller dålig	1,3 (1,2–1,4)	1,1 (1,1–1,2)	1,2 (1,2–1,3)	1,1 (1,0–1,2)	1,3 (1,2–1,4)	1,1 (1,0–1,2)
Ganska/mycket dålig	1,6 (1,4–1,8)	1,3 (1,1–1,4)	1,5 (1,3–1,7)	1,2 (1,1–1,4)	1,6 (1,4–1,8)	1,3 (1,1–1,5)
<i>Indikatorer på psykisk ohälsa (nej ref)</i>						
Medicin för nerverna – ja	1,5 (1,4–1,6)	1,2 (1,1–1,2)		1,1 (1,1–1,2)		1,2 (1,1–1,3)
Psykiatrisk diagnos – ja	1,6 (1,5–1,7)	1,3 (1,2–1,4)		1,2 (1,1–1,3)		1,2 (1,1–1,3)
Låg emotionell kontroll – ja	1,5 (1,4–1,5)	1,3 (1,2–1,3)		1,2 (1,1–1,3)		1,2 (1,0–1,2)
<i>Livsstilsfaktorer (nej ref)</i>						
Övervikt (BMI > 25) – ja	1,3 (1,2–1,4)		1,3 (1,2–1,4)	1,3 (1,2–1,4)		1,2 (1,1–1,3)
Riskbruk av alkohol – ja	1,7 (1,5–1,9)		1,4 (1,3–1,5)	1,3 (1,2–1,4)		1,2 (1,1–1,3)
Rökning – ja	1,4 (1,4–1,5)		1,4 (1,3–1,4)	1,3 (1,3–1,4)		1,1 (1,1–1,2)
<i>Socioekonomisk grupp 1990</i>						
(Tjänsteman – högre ref)						
Tjänsteman – mellan	1,4 (1,3–1,5)				1,4 (1,3–1,5)	1,4 (1,2–1,5)
Tjänsteman – lägre	1,7 (1,6–2,0)				1,7 (1,6–1,8)	1,7 (1,5–1,8)
Arbetare – facklärd	2,8 (2,5–3,0)				2,8 (2,5–3,0)	2,6 (2,4–2,8)
Arbetare – ej facklärd	3,3 (3,0–3,6)				3,3 (3,0–3,6)	3,0 (2,7–3,3)
Företagare	2,3 (2,1–2,6)				2,3 (2,0–2,6)	2,1 (1,9–2,4)
Lantbrukare	2,4 (2,1–2,9)				2,4 (2,1–2,9)	2,5 (2,2–3,0)
Ej SEI år 1990	2,3 (2,1–2,5)				2,3 (2,1–2,5)	2,1 (1,9–2,3)

Tabell 7.3. Relationen mellan självrapporterad hälsa och *långtidssjukskrivning* 1999–2001 bland 50-åriga män. I första kolumnen redovisas univariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa, indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer samt socioekonomisk grupp 1990 och långtidssjukskrivning; kontroll för inbördes relationer görs inte. I de påföljande kolumnerna redovisas multivariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa och långtidssjukskrivning, där kontroll görs för (I) indikatorer på psykisk ohälsa vid 18–20 års ålder, (II) livsstilsfaktorer vid 18–20 års ålder, (III) indikatorer på psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer, (IV) socioekonomisk grupp 1990 och (V) indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer och socioekonomisk grupp. Den relativa sannolikheten uttrycks i oddskvoter (odds ratio), med konfidensintervall (KI), 95 procent.

	Univariat analys	Multivariat analys:				
	OR (KI 95%)	I OR (KI 95%)	II IOR (KI 95%)	III OR (KI 95%)	IV OR (KI 95%)	V OR (KI 95%)
Självrapporterad hälsa						
(Mycket bra ref)						
Ganska bra	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (0,9–1,1)	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (0,9–1,1)	1,1 (1,0–1,2)	1,0 (0,9–1,1)
Varken bra eller dålig	1,4 (1,3–1,6)	1,2 (1,0–1,4)	1,3 (1,1–1,5)	1,1 (1,0–1,3)	1,4 (1,2–1,6)	1,2 (1,0–1,3)
Ganska/mycket dålig	2,1 (1,8–2,6)	1,6 (1,3–1,9)	1,9 (1,5–2,3)	1,5 (1,2–1,8)	2,1 (1,7–2,5)	1,5 (1,2–1,9)
Indikatorer på psykisk ohälsa (nej ref)						
Medicin för nerverna – ja	1,7 (1,5–1,9)	1,3 (1,1–1,5)		1,2 (1,1–1,4)		1,3 (1,1–1,5)
Psykiatrisk diagnos – ja	1,8 (1,6–2,0)	1,3 (1,1–1,5)		1,2 (1,1–1,4)		1,1 (1,0–1,3)
Låg emotionell kontroll – ja	1,6 (1,5–1,8)	1,3 (1,2–1,5)		1,2 (1,1–1,4)		1,2 (1,0–1,3)
Livsstilsfaktorer (nej ref)						
Övervikt (BMI > 25) – ja	1,5 (1,3–1,7)		1,5 (1,2–1,7)	1,5 (1,3–1,7)		1,4 (1,2–1,6)
Riskbruk av alkohol – ja	1,7 (1,5–1,9)		1,5 (1,3–1,6)	1,3 (1,2–1,5)		1,2 (1,1–1,4)
Rökning – ja	1,7 (1,5–1,8)		1,5 (1,4–1,7)	1,5 (1,4–1,6)		1,4 (1,2–1,5)
Socioekonomisk grupp 1990						
(Tjänsteman – högre ref)						
Tjänsteman – mellan	1,2 (1,0–1,4)				1,2 (1,0–1,4)	1,2 (1,0–1,4)
Tjänsteman – lägre	1,4 (1,1–1,8)				1,4 (1,1–1,7)	1,3 (1,1–1,7)
Arbetare – facklärd	2,3 (1,9–2,7)				2,2 (1,8–2,6)	2,0 (1,7–2,4)
Arbetare – ej facklärd	3,2 (2,7–3,7)				2,9 (2,5–3,5)	2,8 (2,3–3,3)
Företagare	1,7 (1,4–2,2)				1,6 (1,3–2,1)	1,5 (1,2–1,9)
Lantbrukare	0,9 (0,5–1,3)				0,9 (0,6–1,3)	0,9 (0,6–1,4)
Ej SEI år 1990	3,1 (2,6–3,7)				2,6 (2,1–3,1)	2,6 (2,2–3,2)

Tabell 7.4. Relationen mellan självrapporterad hälsa och *förtidspension* 1999–2001 bland 50-åriga män. I första kolumnen redovisas univariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa, indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer samt socioekonomisk grupp 1990 och förtidspension; kontroll för inbördes relationer görs inte. I de påföljande kolumnerna redovisas multivariata analyser av relationerna mellan självrapporterad hälsa och förtidspension, där kontroll görs för (I) indikatorer på psykisk ohälsa vid 18–20 års ålder, (II) livsstilsfaktorer vid 18–20 års ålder, (III) indikatorer på psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer, (IV) socioekonomisk grupp 1990 och (V) indikatorer på psykisk ohälsa, livsstilsfaktorer och socioekonomisk grupp. Den relativa sannolikheten uttrycks i oddskvoter (odds ratio), med konfidensintervall (KI), 95 procent.

	Univariat analys	Multivariat analys:				
	OR (KI 95%)	I	II	III	IV	V
	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	IOR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)	OR (KI 95%)
<i>Självrapporterad hälsa</i>						
(Mycket bra ref)						
Ganska bra	1,2 (1,1–1,5)	1,1 (1,0–1,3)	1,2 (1,0–1,4)	1,1 (0,9–1,3)	1,2 (1,0–1,4)	1,1 (1,0–1,3)
Varken bra eller dålig	1,8 (1,5–2,2)	1,4 (1,1–1,7)	1,6 (1,3–2,0)	1,3 (1,1–1,7)	1,7 (1,4–2,1)	1,4 (1,1–1,7)
Ganska/mycket dålig	3,0 (2,3–4,0)	2,0 (1,5–2,7)	2,6 (2,0–3,4)	1,9 (1,4–2,5)	2,8 (2,1–3,8)	2,0 (1,5–2,7)
<i>Indikatorer på psykisk ohälsa (nej ref)</i>						
Medicin för nerverna – ja	2,0 (1,7–2,4)	1,3 (1,1–1,6)		1,3 (1,1–1,6)		1,4 (1,1–1,7)
Psykiatrisk diagnos – ja	2,3 (2,0–2,8)	1,6 (1,3–2,0)		1,5 (1,2–1,8)		1,3 (1,1–1,7)
Låg emotionell kontroll – ja	1,8 (1,6–2,1)	1,3 (1,1–1,5)		1,2 (1,0–1,5)		1,1 (0,9–1,3)
<i>Livsstilsfaktorer (nej ref)</i>						
Övervikt (BMI > 25) – ja	1,4 (1,1–1,8)		1,4 (1,1–1,8)	1,4 (1,1–1,8)		1,3 (1,0–1,7)
Riskbruk av alkohol – ja	1,9 (1,6–2,3)		1,6 (1,3–1,9)	1,4 (1,2–1,7)		1,2 (1,0–1,5)
Rökning – ja	1,8 (1,5–2,0)		1,6 (1,3–1,8)	1,5 (1,3–1,8)		1,3 (1,1–1,5)
<i>Socioekonomisk grupp 1990</i>						
(Tjänsteman – högre ref)						
Tjänsteman – mellan	1,5 (1,0–2,1)				1,5 (1,0–2,2)	1,4 (1,0–2,1)
Tjänsteman – lägre	2,4 (1,6–3,6)				2,4 (1,6–3,6)	2,2 (1,5–3,3)
Arbetare – facklärd	3,7 (2,6–5,1)				3,7 (2,7–5,2)	3,3 (2,4–4,6)
Arbetare – ej facklärd	5,3 (3,8–7,3)				5,3 (3,8–7,3)	4,6 (3,3–6,3)
Företagare	3,1 (2,0–4,6)				3,0 (2,0–4,6)	2,7 (1,8–4,1)
Lantbrukare	1,7 (0,9–3,4)				1,7 (0,9–3,4)	1,8 (0,9–3,6)
Ej SEI år 1990	6,7 (4,8–9,3)				6,5 (4,6–9,1)	5,5 (3,9–7,6)

Socioekonomisk position och sjukskrivning eller förtidspension

Socioekonomiska skillnader i hälsa har påvisats i alla länder där detta har studerats. Hälsan är generellt sämre i grupper med lägre socioekonomisk tillhörighet. Vi har tidigare visat på stora socioekonomiska skillnader i både sjukskrivningsfrekvens och risk för förtidspension (Hemmingsson 2001). Den relativa sannolikheten att drabbas av någon sjukskrivning, långtids-sjukskrivning respektive förtidspension fördelar sig därför mellan de socioekonomiska grupperna i denna studie på ett förväntat sätt (tabellerna 7.2–4, första kolumnen) – den lägsta sannolikheten för sjukskrivning och förtidspension i medelåldern ser vi hos tjänstemannagrupperna, den högsta sannolikheten har de ej facklärdas arbetarna. Sannolikheten att drabbas av sjukskrivning eller förtidspension ökar för varje steg nedåt på den socioekonomiska skalan. Denna gradvisa ökning är tydligast för samband med förtidspension (tabell 7.4, första kolumnen).

Självrapporterad hälsa, sjukskrivning och förtidspension – inverkan från övriga faktorer

I andra kolumnen i tabell 7.2 (multivariat analys I) framgår att relationen mellan självrapporterad hälsa i ungdomen och någon sjukskrivning vid 50 års ålder reduceras kraftigt då hänsyn tas till indikatorer på psykisk ohälsa (medicinering för nerverna, psykiatrisk diagnos och låg emotionell kontroll) uppmätta vid mönstringen. En svag gradvis ökning kvarstår dock för sambandet. De livsstilsfaktorer (övervikt, rökning, riskbruk av alkohol) som mättes vid mönstringen hade däremot liten betydelse för att förklara sambandet mellan självrapporterad hälsa och någon sjukskrivning (analys II). En bekräftelse på detta får vi genom att betrakta resultatet i den tredje multivariata analysen (III), där ingen väsentlig skillnad i effekt uppkommer efter kontroll för både indikatorer på psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer jämfört med kontroll för endast indikatorerna på psykisk ohälsa i ungdomen. I nästa kolumn (analys IV) visas sambandet mellan självrapporterad hälsa och någon sjukskrivning med kontroll för socioekonomisk grupp 1990. Överrискerna för sjukskrivning kvarstår, opåverkade av denna potentiella riskfaktor, rapporterad i vuxenlivet. Den femte multivariata analysen (V) visas i sista kolumnen. Här tas hänsyn till samtliga utvalda potentiella riskfaktorer, alltså indikatorer på psykisk ohälsa och livsstilsfaktorer i ungdomen samt socioekonomisk grupp i vuxenlivet. Vi ser då att överrискerna

för någon sjukskrivning 1999–2001 till följd av dålig självrapporterad hälsa i ungdomen ser ungefär likadana ut, oavsett om vi tar hänsyn till alla de potentiella riskfaktorerna vi har valt eller om vi endast tar hänsyn till indikatorer på psykisk ohälsa i ungdomen.

I tabell 7.3 visas resultatet av de multivariata analyserna (I–V) av relationen mellan självrapporterad hälsa och långtidssjukskrivning. Resultatet är i stort sett detsamma som för någon sjukskrivning som utfall. Skillnaden är att den relativa risken för personer med dålig självrapporterad hälsa i ungdomen, i jämförelse med dem med mycket god hälsa, att hamna i långtidssjukskrivning i 50-årsåldern är högre än den relativa risken för motsvarande jämförelse avseende all slags sjukskrivning. Vi ser alltså i denna tabell – precis som i tabell 7.2 – att den påtagligt reducerande effekten på sambandet kommer när vi kontrollerar för indikatorerna på psykisk ohälsa i ungdomen, och att ingen ytterligare påtaglig effekt tillkommer efter kontroll för livsstilsfaktorer i ungdomen och/eller socioekonomisk grupp 1990.

Resultatet av de multivariata analyserna (I–V) av relationen mellan självrapporterad hälsa och förtidspension redovisas i tabell 7.4. Här ser vi att den överrisk för förtidspension i medelåldern som tycks följa på en dålig självrapporterad hälsa vid 18–20 års ålder är än högre än de relativa riskerna för all slags sjukskrivning och långtidssjukskrivning. Men vi ser också att effekterna av kontroll för de potentiella riskfaktorerna är desamma i fallet förtidspension som när det gäller sjukskrivning och långtidssjukskrivning som utfall: den påtagligt reducerande effekten på sambandet mellan självrapporterad hälsa och förtidspension kommer när vi kontrollerar för indikatorerna på psykisk ohälsa i ungdomen. Livsstilsfaktorer i ungdomen eller socioekonomisk grupp 1990 reducerar inte sambandet ytterligare. Den gradvisa relationen innebärande att allt sämre självrapporterad hälsa i ungdomen alltmer ökar risken för förtidspension 30 år senare ser således likadana ut vare sig vi för in livsstilsfaktorerna mätta i ungdomen eller socioekonomisk grupp 1990 eller inte.

Diskussion

I vår analys framkom att dålig självrapporterad hälsa i ungdomen var relaterad till en ökad sannolikhet att bli sjukskriven eller förtidspensionerad vid 50 års ålder. Sambandet kunde till viss del förklaras av att personer med dålig hälsa också i större utsträckning rapporterade nedsatt psykisk hälsa. Bakgrunden till den dåliga hälsan som rapporterades, som inte samman-

hängde med detta, kan med stor sannolikhet sökas under en tidigare livsfas, under barndomen eller de tidiga ungdomsåren.

I vår tidigare analys fann vi att sambandet mellan dålig självrapporterad hälsa och dödlighet kunde förklaras av en hög förekomst av psykisk ohälsa bland dem som rapporterade dålig allmän hälsa. Vi kunde däremot inte i den studien förklara varför den nedsatta psykiska hälsan var relaterad till senare dödlighet, inte heller varför vissa personer i 18–20 års ålder led av psykisk ohälsa (Larsson m fl 2002).

Vi fann att en del, men inte allt, av sambandet mellan dålig självrapporterad hälsa och senare sjukskrivning eller förtidspension kunde förklaras av att de med dålig självrapporterad hälsa också rapporterade andra ogynnsamma förhållanden. Det antyder att ett flertal ogynnsamma faktorer ansamlats hos vissa personer redan tidigt i livet.

Vi kunde inte se någon ytterligare effekt på sambandet mellan dålig självrapporterad hälsa i ungdomen och sjukskrivning eller förtidspension vid 50 års ålder när vi i analysen tog hänsyn till socioekonomisk position rapporterad 1990. Det tolkar vi som att sambandet inte kan förklaras av en negativ hälsorelaterad social karriär för dem med dålig självrapporterad hälsa i ungdomen. Vi finner alltså inte stöd för att personer som vid mönsterringen rapporterar dålig hälsa rör sig mot en för hälsan ogynnsam social position, som sedan självständigt kan förklara dessa personers väg in i sjukskrivningar eller förtidspensionering. Dålig självrapporterad hälsa i ungdomen var förenad med en ökad sannolikhet för sjukskrivning och förtidspension vid 50 års ålder, i väsentlig utsträckning oberoende av negativ livsstil vid 18–20 års ålder och ogynnsam klassposition i vuxenlivet. Indikatorer på tidig psykisk ohälsa förklarar däremot en betydande del av sambandet dålig självrapporterad hälsa i ungdomen och sjukskrivning eller förtidspension vid 50 års ålder.

Socioekonomisk position vid 40 års ålder var starkt relaterad till sjukskrivning och förtidspension vid 50 års ålder. I första kolumnen i tabellerna 7.2–4 såg vi för alla utfallen en gradvis ökad risk med fallande socioekonomisk position. De stora socioekonomiska skillnaderna kunde inte till någon större del – endast cirka 25 procent av den ökade risken bland arbetare – förklaras av att de riskfaktorer som mättes vid 18–20 års ålder var vanligare i lägre klasser. Därmed visas att sannolikheten för sjukskrivning eller förtidspension var starkt relaterad till faktorer i vuxenlivet som inte hängde samman med tidig dålig självrapporterad hälsa.

De andra potentiella riskfaktorerna från mönstringen (övervikt, rökning, riskbruk av alkohol, medicinering för nerverna, psykiatrisk diagnos och låg emotionell kontroll) hade samband med sjukskrivning och förtidspension. Starkast relation hade de till förtidspension. Vi ser till exempel att personer med en psykiatrisk diagnos vid mönstringen hade en relativ sannolikhet på 2,3 att 30 år senare bli förtidspensionerade. När vi analyserade dessa faktorer tillsammans med socioekonomisk position från 1990, och kontroll görs för eventuell inbördes överlappning, sjönk dock överriskerna kraftigt. De förhöjda riskerna till följd av riskbruk av alkohol, låg emotionell kontroll och psykiatrisk diagnos vid mönstringen reducerades betydligt i de multivariata analyserna, och den proportionella minskningen var i stort sett densamma oavsett om det gällde all slag sjukskrivning, långtidssjukskrivning eller förtidspension. De kvarstående överriskerna förknippade med dessa tre faktorer förblev likväl signifikanta. Överriskerna för sjukskrivning och förtidspension till följd av hög BMI var relativt stabila genom analyserna och påverkades i liten grad av de övriga riskfaktorerna.

Vi fann i studien att sämre självrapporterad hälsa i sena ungdomen var förenad med en ökad sannolikhet att bli sjukskriven minst 14 dagar, bli långtidssjukskriven eller bli förtidspensionerad vid 50 års ålder. Sjukskrivningstalen har varierat kraftigt sedan början på 1990-talet, och uppföljningen i denna studie gjordes under en period då sjukskrivningen låg på en relativt hög nivå. Det förefaller som om den hälsa som rapporterats i sena ungdomen var av förhållandevis stabil karaktär då den är relaterad till sjukskrivning, förtidspension såväl som dödlighet under en så lång tid som 30 år. Ett större antal av dem som rapporterade en dålig hälsa vid 18–20 års ålder, jämfört med dem som rapporterade sin hälsa som bra, finns på grund av att de avlidit eller förtidspensionerats inte med i undersökningen, men trots detta är den relativa sannolikheten att drabbas av ohälsa, här indikerat av ökad risk för sjukskrivning och förtidspension, fortsatt hög i gruppen.

Den relativa sannolikheten att bli långtidssjukskriven bland dem som rapporterat dålig hälsa i ungdomen var lika hög under de år då sjukskrivningsnivåerna var lägre (åren 1995–97, visas ej) som under åren med höga nivåer som studerats här. Det betyder att långtidssjukfrånvaron bland dem med dålig hälsa i absoluta tal har ökat kraftigt och i relativa tal lika mycket som i den övriga gruppen. Det finns flera tänkbara orsaker till att långtidssjukskrivningen i en grupp med dålig hälsa under kort tid ökar snabbt. En möjlighet kan vara att de med nedsatt hälsa av okända skäl sjukskriver sig

vid en lägre besvärnivå. Man kan också tänka sig att personer med en nedsatt hälsa utgör en sårbar grupp som vid kraftiga förändringar på arbetsmarknaden i ökad utsträckning drabbas av sjukskrivning och förtidspension. Det har tidigare föreslagits att personer med nedsatt hälsa har fått svårare att finna en plats på arbetsmarknaden och att sådana problem ökat sedan slutet på 1990-talet.

I studien redovisas ett samband mellan dålig självrapporterad hälsa vid 19 års ålder och risken att bli sjukskriven eller förtidspensionerad 30 år senare. Sambandet kunde till stor del förklaras av att det bland dem som rapporterade dålig hälsa samtidigt oftare fanns indikationer på psykisk ohälsa. Sambandet mellan dålig självrapporterad hälsa i ungdomen och senare sjukskrivning eller förtidspension påverkades inte av senare socioekonomisk position även om socioekonomisk position i sig också var relaterad till sjukskrivning och förtidspension.

Referenser

- Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A & Sturmans F (1996) "Self-rated Health and Mortality in a Lithuanian and a Dutch Population" *Social Science & Medicine*, 42(5), s 681–689.
- Barker D (1994) *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. London: BMJ Publishing.
- Bjorner J, Sondergaard-Kristensen T, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M & Westerholm P (1996) *Self-rated Health – A Useful Concept in Research, Prevention and Clinical Medicine*. Uppsala: Forskningsrådsnämnden.
- Bäckman O (1998) *Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden*. Avhandling, Stockholm: Stockholms universitet.
- Cott C A, Gignac M A & Badley E M (1999) "Determinants of Self Rated Health for Canadians with Chronic Disease and Disability" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(11), s 731–736.
- Hallsten L, Lundberg I & Waldenström K (2004) "Lågt psykiskt välbefinnande – tendenser på och utanför arbetsmarknaden" s 151–172 i Gustavsson R Å & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Liber Idéförslag.
- Hemmingsson T (2001) "Utvecklingen på arbetsmarknaden" s 24–38 i Hemmingsson T (red) *Hälsa och hållbart arbetsliv i Stockholms län*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting.

- Hemmingsson T (2004) "Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet" s 155–174 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Hemmingsson T & Kriebel D (2003) "Smoking at Age 18–20 and Suicide during 26 Years of Follow-up – How Can the Association be Explained?" *International Journal of Epidemiology*, 32(6), s 1000–1004.
- Hemmingsson T & Lundberg I (2004) "How Far are Socioeconomic Differences in Coronary Heart Disease Hospitalization, All-cause Mortality and Cardiovascular Mortality among Adult Swedish Males Attributable to Negative Childhood Circumstances and Behaviour in Adolescence?" *International Journal of Epidemiology*, (under tryckning).
- Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (2004) "Varför är sjukfrånvaron så hög? Slutsatser och kunskapsbehov" s 345–362 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Idler E L & Angel R J (1990) "Self-rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study" *American Journal of Public Health*, 80(4), s 446–452.
- Idler E L & Benyamini Y (1997) "Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies" *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), s 21–37.
- Johansson G & Lundberg I (2004) "Adjustment Latitude and Attendance Requirements as Determinants of Sickness Absence or Attendance. Empirical Tests of the Illness Flexibility Model" *Social Science & Medicine*, May;58(10): s 1857–1868.
- Kaplan G A & Camacho T (1983) "Perceived Health and Mortality: A Nine-year Follow-up of the Human Population Laboratory Cohort" *American Journal of Epidemiology*, 117(3), s 292–304.
- Kivimäki M, Head J, Ferrie J E, Shipley M J, Vahtera J & Marmot M G (2003) "Sickness Absence as a Global Measure of Health: Evidence from Mortality in the Whitehall II Prospective Cohort Study" *British Medical Journal*, 327(7411), s 364.
- Larsson D, Hemmingsson T, Allebeck P & Lundberg I (2002) "Self-rated Health and Mortality among Young Men: What is the Relation and How May it be Explained?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(4), s 259–266.

- Lindholm C & Fredlund P (2004) "Dödlighet bland sjukskrivna och förtidspensionerade" s 281–302 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- McCallum J, Shadbolt B & Wang D (1994) "Self-rated Health and Survival: A 7-Year Follow-up Study of Australian Elderly" *American Journal of Public Health*, 84(7), s 1100–1105.
- Moller L, Kristensen T S & Hollnagel H (1996) "Self Rated Health as a Predictor of Coronary Heart Disease in Copenhagen, Denmark" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(4), s 423–428.
- Mossey J M & Shapiro E (1982) "Self-rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly" *American Journal of Public Health*, 72(8), s 800–808.
- Palmer E (2004) "Sjukskrivningen i Sverige – inledande översikt" s 27–80 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Power C, Matthews S & Manor O (1996) "Inequalities in Self Rated Health in the 1958 Birth Cohort: Lifetime Social Circumstances or Social Mobility?" *British Medical Journal*, 313(7055), s 449–453.
- Power C, Matthews S & Manor O (1998) "Inequalities in Self-rated Health: Explanations from Different Stages of Life" *Lancet*, 351(9108), s 1009–1014.
- Upmark M, Hemmingsson T, Romelsjö A, Lundberg I & Allebeck P (1997) "Predictors of Disability Pension among Young Men: The Role of Alcohol and Psychosocial Factors" *European Journal of Public Health*, 7(1), s 20–28.
- Vahtera J, Pentti J & Kivimäki M (2004) "Sickness Absence as a Predictor of Mortality among Male and Female Employees" *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), s 321–326.
- Wannamethee G & Shaper A G (1991) "Self-assessment of Health Status and Mortality in Middle-aged British Men" *International Journal of Epidemiology*, 20(1), s 239–245..

KAPITEL 8

Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation

8.

Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation

Anna Hertting, Inga-Lill Petterson och Kerstin Nilsson

I en tidigare studie har vi beskrivit hur personalens hälsa och arbetsmiljö påverkades av personalneddragningarna vid Örebro universitetssjukhus under 1990-talet (Hertting m fl 2004a). I det här kapitlet kommer vi att presentera en uppföljande intervjustudie. Studiens syfte var att belysa vad som utmärker de arbetsplatser som lyckades bibehålla personalens hälsa under 1990-talets nedskärningar på nämnda sjukhus.

Hälso- och sjukvården som arbetsgivare

När Sveriges riksdag 2003 antog nya mål för bättre folkhälsa var två av dessa "Ökad hälsa i arbetslivet" och "En hälsofrämjande hälso- och sjukvård". Utöver sin självskrivna roll att stödja positiv hälsoutveckling hos patienter, ska hälso- och sjukvården även understödja det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet. Därtill ska man i egenskap av arbetsgivare medverka till att skapa hälsofrämjande arbetsplatser för den egna personalen (Weinehall & Kristenson 2004). Det senare garanterar trovärdigheten i att vara professionell inom en verksamhet som har hälsa som uppdrag. En utgångspunkt för den hälsofrämjande tanken är att personalens eget välbefinnande torde vara en förutsättning för att i långa loppet kunna ge kvalitativt god vård till patienter. Därutöver förmodar vi att personalens egna hälsoerfarenheter avspeglar sig i vårdprofessionernas syn på värdet av att bedriva såväl sjukdomsförebyggande som hälsofrämjande arbete.

Något motsägelsefullt tillhör hälso- och sjukvården de branscher där personalen uppgett tydligast försämringar i arbetsmiljö och hälsa under 1990-talet. Även sjukfrånvaron har ökat betydligt bland anställda i hälso- och sjukvård. Det antas bero på att strukturella förändringar inom svensk vård och omsorg varit mer omfattande än någonsin tidigare (Gustafsson & Petterson 1999; Hertting 2003; Petterson 1999, 2000; Wiktorin 2004). I jakten på kostnadseffektivitet har man med högt förändringstempo infört

nya marknadsanpassade styrformer, och därtill genomfört både upprepade omorganisationer och personalnedskärningar, samt slagit samman arbetsenheter (Gustafsson 2004). Som konsekvens av detta har många anställda bytt inte bara arbetskamrater, chefer, arbetssätt och arbetsuppgifter utan även arbetsplatser. Många har dessutom bytt arbetsgivare. I en analys poängterar Landstingsförbundet (2004) att hälso- och sjukvården med tiden förbättrat resursutnyttjandet, men att den snabba omvandlingstakten av personalstrukturen försämrat arbetsmiljön och påverkat personalens engagemang och förtroende i negativ riktning. Marknadsekonomiska modeller har lett till ett mer prestations- och kundorienterat arbetsliv med nya system för att kontrollera kvalitetsfrågor, samtidigt som arbetsmiljöfrågorna hamnat på efterkälken (Gustafsson 2004).

Genom att flera olika förändringar skett samtidigt och i hög takt har det varit svårt att fastställa entydiga samband mellan en viss omställning och dess påverkan på den psykosociala arbetsmiljön och personalens hälsa. Bristen på jämförbara mätningar av hälsa och arbetsmiljö innan förändringar genomförts gör att det i stort sett saknas systematiska och kontrollerade studier över tid med direkt koppling till olika slags förändringar (Pettersson 1999). Trots att en femtedel av vårdens personal redan vid 1990-talets början bedömdes ha en jämförelsevis ohälsosam situation hade skillnaderna gentemot anställda i andra sektorer ett tiotal år senare ökat (Gustafsson 2004). Före millennieskiftet hade få försök till hälsokonsekvensbedömningar gjorts i samband med strukturförändringar. Behovet av konsekvensanalyser för att undvika mindre väl genomtänkta eller omotiverade omorganisationer inom landstingens och kommunens verksamheter poängteras numera allt tydligare (Vingård 2004).

Som ett resultat av 1990-talets nedskärningar i hälso- och sjukvården har andelen anställda med högskoleutbildning ökat. Statistiken visar att sjuksköterskegruppen ökat med cirka åtta procent och läkarna med tolv (1997–2002). Undersköterskorna har å sin sida under senare år ökat med några få procent efter att tidigare ha minskat med en tredjedel (Landstingsförbundet 2002, 2004; scb 2005). Man har helt enkelt valt att skära nerifrån. För sjuksköterskornas och läkarnas vidkommande innebär 1990-talets nedskärningar att de förlorat stödpersonal.

Betydelsen av att förbättra hälsan i det offentliga arbetslivet och förverkliga den hälsofrämjande sjukvårdstanken – utifrån vårdens roll som både

arbetsgivare och vårdgivare – förstärks av det faktum att var fjärde sysselsatt svensk arbetar inom välfärdstjänsterna (Gustafsson 2004).

Orsaker till sjukfrånvaro inom hälso- och sjukvård

Den ökande sjukfrånvaron i landet har varit särskilt påtaglig för kvinnor anställda inom vård, omsorg och skola (Bäckman 2001; RFV 2004; Wiktorin 2004). Kostnaden för sjukskrivningar har nästan fördubblats bara under de senaste fyra åren. Det är vård- och omsorgspersonal utan högskoleutbildning som står för den största andelen av dessa kostnader (RFV 2003b). Det är som framgått tidigare framför allt andelen icke högskoleutbildade inom hälso- och sjukvården som minskat påtagligt under 1990-talet. Med tanke på att så stor del av den personal som av tradition har högre grad av långtidssjukskrivning försvann ur vården i mitten av 1990-talet, kan detta betyda att det är nya grupper som står för den ökade sjukskrivningen.

Psykisk ohälsa och besvär i rörelseorganen utgör de vanligaste orsakerna och står tillsammans för två tredjedelar av de långa sjukskrivningarna. Bland kvinnor är det främst den psykiska ohälsan som varit orsak till ökad långtidsfrånvaro. Under 2003 dämpades den ökande sjukskrivningstrenden i landet medan sjukersättning (tidigare förtidspension) i stället ökade påtagligt. Ohälsotalet har därmed inte förändrats nämnvärt av denna nedgång (RFV 2004; SCB 2004). Enligt aktuella prognoser kommer sjukskrivningarna att fortsätta öka (se kapitel 1).

I olika utredningar framgår att den ökande ohälsan till viss del bedöms vara en följd av försämrad arbetsmiljö (Bäckman 2001; RFV 2003b). Särskilt psykosociala arbetsmiljöproblem kan allt tydligare kopplas till långtidssjukskrivning (RFV 2003a). I självrapporterade studier har oftast arbetet angetts som främsta orsak till försämrad hälsa. Bland långtidssjukskrivna uppgav 60 procent att sjukskrivningen helt eller delvis beror på arbetet (RFV 2003a). I en stor fall- och kontrollstudie har man kunnat visa att långtidssjukskrivna kvinnor upplever arbetslivet betydligt mer negativt jämfört med kvinnor i samma yrken som inte är sjukskrivna (Renstig & Sandmark 2005).

I en finsk långtidsstudie av offentligt anställda fann man att personalnedskärningar på grund av sparbeting i 1990-talets konjunktturnedgång åtföljdes av både ökad långtidssjukskrivning, försämrade hälsobeteenden och ökad dödlighet i hjärt-kärlsjuklighet (Kivimäki m fl 2003; Virtanen m fl 2004). Dessutom var graden av sjukskrivningar och försämrade beteenden relaterade till graden av organisationsförändringar och till andelen anställda

över 50 år. I en motsvarande svensk långtidsstudie av omorganisationers påverkan på anställdas hälsa fann man att kraftig expansion (oftast i form av centralisering av funktioner i offentlig sektor) och medelstora personalnedskränningar under första hälften av 1990-talet ledde till överrask för långtids-sjukskrivning och sjukhusinläggning några år senare. Måttlig expansion hade däremot samband med förbättrad hälsa hos personalen (Westerlund m fl 2004).

I Sverige fann man att kommunanställdas oro i samband med omorganisationer var den mest utslagsgivande faktorn för variationer i långtids-sjukskrivning bland 40 studerade kommuner (Szücs m fl 2003). Om det var fråga om en allmän förändringsoro eller oro som hörde samman med konsekvenserna av genomförda omorganisationer kunde studien inte ge svar på. I en politiskt styrd organisation skulle man kunna tolka en allmänt ökad oro som ett uttryck för inbyggda målkonflikter mellan olika intressenter (Skagert m fl 2004). Minskande resurstilldelning har till exempel medfört prioriteringskonflikter för personalen ute i verksamheten. Med tanke på den mängd parallella förändringar som skett på kort tid kan såväl ökande oro som ohälsotal bland anställda i offentlig verksamhet kopplas till långvarig hög energimobilisering inför alla anpassningskrävande omställningar till nya förutsättningar.

Förebyggande arbetsmiljöarbete inom hälso- och sjukvården

Arbetsmiljöverket är den statliga myndighet som ska kontrollera att arbetsgivare lever upp till kraven i arbetsmiljölagen. Under 1990-talets strukturförändringar hade Arbetsmiljöverket ännu inte utvecklat någon praxis när det gällde att avkräva arbetsgivaren hälsokonsekvensanalyser. I verkets nya föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete från november 2001 lyfter man emellertid på ett tydligare sätt fram kravet på riskbedömningar för ohälsa och olycksfall inför planerade förändringar på en arbetsplats (AFS 2001:1). Med tanke på att det framför allt är ohälsa orsakad av organisatoriska och sociala förhållanden i arbetslivet som ökat under det senaste årtiondet, har man bestämt sig för att prioritera riktade insatser mot sex branscher som särskilt har sådana arbetsmiljöproblem. Bland dessa branscher finns hälso- och sjukvården.

Inom verket anser man att en konkret prövning av ett ärende, som rörde personalnedskränningar vid äldreboendet Ugglan i Härnösand, blivit något av en murbräcka som verkets inspektörer under senare år kunnat använda

som stöd i sina förebyggande psykosociala inspektioner. Inom verket ger man uttryck för att man inte var på plats under 1990-talets strukturomvandling i svenskt arbetsliv, men att det nu är hög tid att ta igen detta (uppgiften lämnad vid personlig kommunikation). Man menar också att man utifrån arbetslivets genomgripande förändringar skulle behöva reflektera mer kring sina strategier för inspektioner. I sådana diskussioner har det blivit tydligt att inspektörerna borde komplettera detaljgranskningen av enskilda sakområden med helhetsanalyser av arbetsplatsernas organisation i förhållande till det rådande arbetsklimatet, inom vilket enskilda arbetsmiljöfrågor rymms. Från att framförallt ha kommunicerat med mellanchefer tycks det idag finnas ett större behov av att inspektörerna når den högsta ledningen på arbetsplatserna och då mer i rollen som samtalspartner och inspiratör till förbättringsarbeten.

Hälsofrämjandets kännetecken

Hälsa som begrepp används dels i betydelsen frisk i motsats till sjuk, dels utifrån ett holistiskt synsätt med utgångspunkt i individens egen upplevelse av välbefinnande. Begreppet hälsofrämjande bygger på en vid definition av hälsa som knyter an till båda synsätten. Att främja arbetshälsan innebär därmed en process där arbetsplatsen understödjer de resurser människor behöver för att hålla sig friska och öka sitt välbefinnande. Oavsett hälsoperspektiv har ohälsan ingen entydig koppling till sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron fångar inte all arbetsrelaterad ohälsa men gör en del av ohälsan i arbetslivet synlig. I vårdarbete har det visat sig att personalens ansvar för såväl patienter som hårt belastade kollegor och arbetskamrater gjort att många upplever stora krav att vara närvarande på arbetet även om man inte mår bra (Johansson & Lundberg 2004). Gränsen mellan sjuknärvaro och sjukfrånvaro kan således vara flytande.

Kriterier på en hälsofrämjande arbetsplats bör därför baseras på olika indikatorer på hälsa och omfatta mått på både sjukskrivningsmönster och individens egen bedömning av sitt välbefinnande. Positiv självskattad hälsa har visat sig kunnat förutsäga lägre risk för kommande sjukdom och död (Bue Bjorner m fl 1996). Att vara nöjd med sin arbetsplats och sitt yrke har i sin tur visat sig vara viktiga prediktorer för god hälsa (Aronsson & Lindh 2004). Dessa två meningar kan tillsammans ses som utgångspunkt för ett hälsofrämjande arbetsplatstänkande.

Vad hände vid Örebro universitetssjukhus?

Det har funnits flera skäl till att följa utvecklingen på universitetssjukhuset i Örebro. Vid sjukhuset genomfördes betydande nedskärningar och omstruktureringar mellan 1995 och 1997 då personalstyrkan minskades med 22 procent, motsvarande drygt 1 000 personer. Dessutom omplacerades 500 personer till andra kliniker. Personalnedskärningen i Örebro läns landsting var bland de mest omfattande i Sverige (Landstingsförbundet 2002). Undersköterskegruppen reducerades med över 40 procent. Samtidigt som besparingskraven vilade tungt över sjukhusets verksamheter skedde även andra betydande ombildningar, såsom introduktion av nya styrformer, samgående av kliniker och avknoppning av serviceenheter. Sjukhuset bytte under perioden också status från region- till universitetssjukhus.

Sjukhuset är väl undersökt i olika studier. Redan 1994 började man genomföra systematiska kartläggningar av personalens upplevda arbetsmiljö och hälsa med kontinuerliga återrapporteringar till olika kliniker (1994, 1995, 1997, 1999 och 2001). Den första kartläggningen genomfördes redan före det första varsllet om förestående personalnedskärningar och utgjorde därmed en basmätning. Den systematiska arbetsmiljökartläggning som skett vid sjukhuset i Örebro är unik genom att man var ett av de första i landet som följde arbetsmiljön och hälsoutvecklingen såpass noggrant över tid, men också med tanke på att det tidigare inte fanns några "före"-mätningar.

Jämförelse mellan kartläggningen före (1994), och efter det generella varsllet om nedskärningar (1995) visade en generell försämring av såväl arbetsmiljön som hälsan uttryckt i självrapporterade psykosomatiska symptom och utmattning (Pettersson & Arnetz 1998). Det blev tydligt att personalens oro ökade påtagligt i denna tidiga varselfas (1995). På sjukhuset som helhet uppgav 85 procent av personalen att de kände oro inför förestående förändringar, och 76 procent ansåg att tryggheten i arbetet hade minskat. Sammantaget innebar det att de som ansåg sig vara utsatta för stor arbetslöshetsrisk (job-insecurity) hade ökat från 29 till 40 procent. Denna ökande oro överensstämmer med motsvarande undersökningar som rör stora arbetsplatsförändringar (Brenner m fl 1988; Szücs m fl 2003).

Flera kliniker genomförde åtgärder för att förbättra sin arbetsmiljö, baserade på återrapportering av enkätresultaten. Det som visade sig vara avgörande för ett framgångsrikt arbetsmiljöarbete var en kombination av ledningsengagemang och personalens upplevelse av att vara delaktiga i processen. Parentetiskt kan nämnas att de "hälsostabila kliniker", som presen-

teras i detta kapitel, redan 1995 utmärkte sig för att de arbetade aktivt med att förbättra klinikens arbetsmiljö.

På sjukhuset kunde vi använda de befintliga enkäterna tillsammans med registerdata av sjukfrånvaro till att för perioden 1994–2001 på klinikinivå studera trender för personalens arbetsmiljö och hälsa. Tjugo av sjukhusets tjugofyra kliniker uppvisade försämrade hälsotrender, mätt som självskattad psykisk ohälsa och/eller långtidssjukskrivningar (Pettersson m fl 2005). I resultaten framkom även att personalens upplevelse av att få arbeta allt hårdare och med motstridiga krav hade tydligast samband med deras skattning av försämrad psykisk hälsa. Minskande tid till att planera arbetet var den enskilda faktor som hade mest betydelse för sjukhusets successivt ökande långtidssjukskrivningar. Resultaten visade sammantagna ett klassiskt stressmönster med ökad oro i samband med nedskärningarna, därefter ökad arbetsbelastning och sänkt energi, följt av den kraftiga ökningen av sjukskrivningarna.

I sjukhusets egna kartläggningar har det för sjukhuset i stort framkommit att man för den aktuella tidsperioden 1994–2001 fick bättre värden på personalens skattningar av framförallt ledarskap, men också för effektivitet och målkvalitet (Arnetz 2002). Att man trots dessa förbättringar i organisationen haft svårt att få bukt med ohälsotalen kan ses som ett uttryck för att betydande omstruktureringar på arbetsplatser och i samhället har avgörande betydelse för människors svårigheter att hinna eller orka ställa om sig.

Vi fann inga samband mellan långtids- och korttidssjukfrånvaro. Så gott som alla kliniker hade oförändrad korttidssjukfrånvaro under tidsperioden. Ökande arbetsbelastning förefaller därmed inte ligga bakom korttidssjukfrånvaro. I stället visade sig brist på socialt stöd ha samband med ökad korttidssjukfrånvaro. Det kan ha flera förklaringar. Upplevelsen av minskande stöd från både arbetskamrater och chefer kan höra samman med att arbetsgrupper splittrats i samband med förekommande omstruktureringar, och att personalen i samband med sammanslagningar av enheter och omplacementer inte fått tillräcklig tid för att skapa nya team och arbetsformer.

De hälsofrämjande arbetsplatserna

En ytterligare avsikt med den ovan presenterade trendstudien var att vi sökte efter arbetsplatser som mitt i all förändring kunde uppvisa positiv hälsoutveckling för de studerade åren 1994–2001. Av de 24 undersökta klinikerna på sjukhuset fann vi inte någon som gått igenom 1990-talets stålbad med

förbättrad personalhälsa. Däremot uppvisade fyra kliniker ett oföränderligt (stabilt) hälsoläge för både självskattad psykisk hälsa och registrerad sjukfrånvaro.

För att förstå hur personalen lyckats bibehålla sin hälsa intervjuade vi 17 personer både chefer, företrädare för olika professionella grupper och fackliga representanter – på två av de fyra klinikerna – om vad de ansåg vara nyckeln till detta (Nilsson m fl 2005). De två kliniker som valdes utmärktes av att de hade en allsidig verksamhet med vårdavdelning och mottagning samt utrednings- och behandlingsenhet.

De öppna samtalsliknande intervjuerna berörde teman som anknöt till deras erfarenheter av att organisera arbetet, hantera förändringar, nyttja medarbetarnas resurser och få till stånd hälsofrämjande aktiviteter. Den valda metodiken med tematiska intervjuer, utgår från en kvalitativ ansats med syfte att fördjupa förståelsen av det studerade fenomenet (Silverman 2001). I vårt fall handlade fenomenet om vad som kan ha bidragit till ett förhållandevis positivt hälsoläge på en viss arbetsplats.

Intervjuerna spelades in på band, skrevs ut ordagrant och analyserades induktivt, det vill säga med utgångspunkt i intervjutexten. Analysen genomfördes i två steg. I det första steget läste och kodade en av forskarna i teamet intervjuernas innehåll i teman utifrån vad som hörde samman. Därefter validerades denna analys av ytterligare en forskare genom att pröva de olika temana i relation till både intervjuutskriften och studiens frågeställningar. Sedan granskade vi respektive analys för att bedöma överensstämmelsen dem emellan. Vi vill emellertid påpeka att det alltid finns en risk att blanda in flera personer i en sådan analysprocess. Det beror på att strävan efter samstämmighet kan medföra att variationen i temats innehåll slätas ut (nivelleras). Ännu en aspekt på trovärdighet är att forskaren bör medvetandegöra sin förförståelse av det studerade sammanhanget. Att vara väl insatt i det aktuella forskningsområdet kan vara en fördel genom att förtrogenheten underlättar upptäckten av nyanser i intervjupersonernas yttranden. Samtidigt kan det alltför välbekanta göra forskaren hemmablind, man tar saker för givna och upptäcker inte nya infallsvinklar på det studerade fenomenet. Genom att forskarteamet tillsammans reflekterat kring denna problematik anser vi att riskerna för dessa metodologiska fallgropar minskat. För att ytterligare validera resultaten återkopplades de till de båda klinikerna, vilket visade god överensstämmelse.

I den aktuella intervjustudien har vi således koncentrerat oss på att utforska gynnsamma förhållanden i personalens arbetsmiljö. Den positiva ut-

gångspunkten har bidragit till att bilden av klinikerna kan tyckas väl idealiserad. Vi anser emellertid att vår hälsoinriktade studie utgör ett fruktbart komplement till den av tradition riskfaktoringriktade arbetsmiljöforskningen. Vårt forskningsprojekt på Örebro sjukhuset kan också sägas vara unikt genom att vi följt upp den kvantitativa trendstudien med kvalitativa intervjuer för att så att säga bakvägen komma åt vad som utmärker en hälsosam arbetsplats. Som en följd av studiens explorativa karaktär kan våra framtagna teman i sin tur användas som underlag till såväl fortsatta interventionsstudier som kartläggningar för att undersöka hälsans bestämningsfaktorer på större material.

Det finns ett stort behov av forskningsbaserade kunskaper om vad som främjar hälsa i arbetet. I Statens folkhälsoinstituts sammanställning av översiktsartiklar om hälsofrämjande arbete på arbetsplatser sägs att de flesta interventioner som redovisas är att betrakta som friskvård på individnivå (Källestål m fl 2004). I ljuset av det vill vi än mer betona vikten av att lyfta fram kunskaper som rör framgångsrikt arbete med den grundläggande arbetsorganisationen.

I de följande avsnitten ges en utförlig presentation av resultaten från innehållsanalysen. Tanken är att läsaren ska få inspiration till att utveckla hälso- och sjukvården och andra motsvarande verksamheter i hälsofrämjande riktning.

Sammanhållning, samverkan och lärande gynnas av närkontakter

Den lilla arbetsplatsens fördel

I den aktuella samhällsdiskursen anses sammanslagningar och storskalighet ofta som något positivt medan små enheter vanligen betraktas som sårbara och ineffektiva. I syfte att skapa kostnadseffektivitet är det därför idag vanligt med samgående av verksamheter. I denna diskussion glöms lätt små enheters fördelar bort. Vid de studerade klinikerna utgörs personalstyrkan inte av mer än 50–60 personer per arbetsenhet (kliniknivå). Informanterna är medvetna om att klinikerna är sårbara genom att de har få medarbetare, men menar att värdet av detta är större än riskerna.

Närheten mellan nivåer och funktioner uppges bidra till god kommunikation: ”vi har ju väldigt bra kommunikation med alla led uppifrån och nedåt och åt sidorna”. Man har överblick, lär känna varandra och blir sedd både av ledning och av varandra. Personalen gav uttryck för att de byggt upp en

lojalitet gentemot sina arbetskamrater, chefer och patienter. Den mindre arbetsplatsens möjlighet till kontinuerlig personlig interaktion tycks helt enkelt kunna öka gemenskapen på arbetsplatsen.

Det finns forskning som visar att organisationens storlek har betydelse för människors arbetstillfredsställelse och möjlighet att känna sig stolt över arbetet (Hodson 2001). En nyligen publicerad studie om orsaker till kvinnors långtidssjukskrivning pekar på att det är större risk att omärkt trilla ur systemet på stora och hierarkiskt organiserade arbetsplatser (Renstig & Sandmark 2005). I en annan studie bland kommunanställda har man inte kunnat belägga att arbetsplatsens storlek har betydelse för förekomsten av långtidssjukskrivningar (Szücs m fl 2003). I samband med sammanslagningar av mindre arbetsenheter skulle vi trots dessa lite olika bilder vilja poängtera betydelsen av att man dels urskiljer nya lagom stora enheter som kan bidra till ett positivt arbetsklimat, dels försäkrar sig om att skapa optimal kommunikation mellan nivåer och funktioner. I detta ligger även behovet att ledningen tillsammans med sin nya "fusionerade" personalgrupp genomför förebyggande hälsokonsekvensanalyser med tillhörande handlingsplaner.

Samarbete kan bryta hierarkier och öka gemenskapen

Det som utmärker de studerade klinikerna är att samarbetet är väl utvecklat mellan *alla* yrkesgrupper. Vad som kan ha medverkat till sammanhållningen på särskilt den ena kliniken är att den kategori av patienter som utreds, behandlas och vårdas helt enkelt kräver samverkan mellan flera olika yrkesgrupper. Man har därmed lyckats utveckla en kollegialitet som innebär att den sammantagna kompetensen överstiger vad respektive professionell grupp bidrar med. Genom att olika kunskaper och synsätt integreras tycks teamet kunna bidra till medarbetarnas gemensamma utveckling. Allas kunskaper uppfattas som värdefulla bidrag till att lösa problem kring patienten:

vårt jobb till vardags på avdelningen är väldigt mycket präglat av samarbete mellan olika grupper, [...] vi är väldigt beroende av varandra, då allt egentligen kretsar kring patienten.

Det medför att traditionella hierarkiska mönster kunnat brytas samtidigt som respektive yrkesgrupps auktoritet kunnat bibehållas. Den traditionellt hierarkiska vårdorganisationen är ursprungligen baserad på den medicinska professionens status och andra yrkesgruppers under- eller sidoordning som paramedicinsk personal. Denna "traditionernas ok" med strikt uppdelade

arbetsmoment förhindrar samspelet mellan olika personalgrupper (Gustafsson 2004). I ett flertal nyare studier har man kunnat påvisa att för både chefer och medarbetare kan samverkande arbetssätt i vårdens vardag fungera som hälsofrämjande faktorer (Lindberg m fl 2004; Skagert m fl 2004; Vingård 2004). Tillgång till gemensamma gruppnormer och ömsesidigt förtroende har även visat sig kunna medföra både god arbetstillfredsställelse och god kvalitet i arbetets utförande (Langbein & Jorstad 2004; Requena 2003). En annan bidragande faktor till känslan av sammanhållning kan vara att personer som inte flyter in i gemenskapen på en mindre klinik lämnar den, vilket också framgår av intervjuerna. Men man får inte heller glömma att olika personalsociala och friskvårdande aktiviteter som genomfördes på klinikerna också tycks ha bidragit till deras goda sammanhållning.

Allas kompetenser tillvaratas och respekteras

I teamen kring patienterna i denna studie integreras således kunskaper från flera professionella yrkesgrupper. Det innebär till exempel att undersköterskans kunskap behövs för att läkaren ska kunna fatta beslut om hur patienternas fortsatta behandling ska utformas. På planeringsronder sammanstrålar olika yrkesgrupper med sina respektive erfarenheter och kunskaper.

Personalen ger uttryck för att deras kunskaper bedöms som värdefulla av andra och att de känner sig både sedda och respekterade, genom att de får återkoppling på utfört arbete och uppskattning för gjorda insatser. Sådan bekräftelse tycks kunna öka individens självkänsla och stolthet och därtill tjäna som en energigivande aktivitet (Hertting m fl 2003, 2004b, c). När organisationen, som i det här fallet, är inne i en osäker period med ökande och motstridiga arbetskrav och minskande planeringstid, torde medarbetarnas behov av erkännande bli än mer påtagligt. Stressforskaren Siegrist (1996) har påvisat att balansen mellan satsad ansträngning och vad som uppfattas som rimlig belöning har stor betydelse för människors hälsa. I förlängningen borde feed-back från både ledningen och betydelsefulla medarbetare därigenom kunna fungera som hälsofrämjande faktorer.

Skriftlig rapportering för omvårdnadspersonalen har prövats men upphört, eftersom kunskapsöverföringen och den sociala gemenskapen då ansågs gå förlorad. I vården råder det olika meningar om vilka former av rapportering som är bäst för patienten. På en av de aktuella klinikerna har man i vilket fall bestämt sig för att se det sociala värdet av kunskapsförmedling. I interventioner med syfte att förbättra anställdas hälsa har deras med-

verkan kunnat påverkas positivt genom att man satsat på forum för information och kommunikation i form av tätare avdelningsmöten (Theorell 2003). Samtidigt som samarbete är ett signum för klinikerna är många arbetsuppgifter självständiga: ”jag kan styra min arbetsdag och styra det jag gör”.

Lärande i vardagen och gemensamt kunnande

De två klinikerna utmärks av att lärande har hög status. Det innebär att lärandet är inbyggt i det vardagliga arbetet och att det stöds av cheferna som är angelägna om att personalens kompetens både utvecklas och används. De nämnda rapportmötena är ett exempel, medan ”veckans patient” är ett annat. Det finns en tradition av att läkare vid gemensamma pauser berättar om ett aktuellt patientfall för all personal. Ytterligare exempel på lärande är att cheferna uppmuntrar sina medarbetare att fördjupa kompetensen genom att delta i arbetsgrupper som tar fram ny kunskap inom ett för verksamheten viktigt område, som till exempel omvårdnad av patienter med hjärntumörer eller omvårdnad vid cytostatikabehandling. Oavsett vilken yrkesgrupp och klinik intervjupersonerna representerar återkommer utsagor om att personalen lär av varandra. Det tycks finnas ett tillåtande klimat som gör det möjligt att fråga vem som helst när som helst om vad som helst:

Vi får verkligen hjälp när vi är nya av dom som har varit på kliniken ett tag, och den kulturen vill man ju ha kvar [...] här får man hjälp utav varandra.

Satsningen på ”lärandet i vardagen” kan tolkas som en resurs som bidrar till att öka medarbetarnas känsla av att kunna hantera sitt arbete (Antonovsky 1987). Därmed ges individen möjlighet till kontroll över sina handlingar (Forsberg & Starrin 1997). Även i andra studier poängteras att en lärande organisation är en positiv determinant för att öka medarbetarnas arbetsmotivation och att göra arbetet såväl utmanande som begripligt och meningsfullt (Janssen m fl 1999).

De här aktuella klinikerna påminner om de resultat som framkom i våra tidigare intervjustudier på samma sjukhus (Hertting m fl 2003, 2004b, c). Där gav de kvinnliga informanterna uttryck för en önskan om att få arbeta mot samma mål i lärande team. Detta högt värderade önskemål var ännu inte en realitet för dem. Sjuksköterskorna i den tidigare studien uttalade särskilt behovet av att i större utsträckning få dela kunskaper med läkarna,

för att kunna öka bådas helhetsförståelse och därmed förbättra deras gemensamma bemötande av patienter. Vi tolkar det som att en medvetet formulerad vårdfilosofi skulle kunna fungera som hälsofrämjande resurs för både sjuksköterskor och undersköterskor. Det innebär att det även ur arbetsmiljösynpunkt borde finnas fördelar med att utvidga det dominerande medicinska kunskapsparadigmet med andra vetenskapsperspektiv. För att leva upp till ambitionen att ge kvalitativt god och högt specialiserad vård till patienter krävs således ett väl utvecklat samarbete i kombination med ett gemensamt professionellt kunnande. I de här beskrivna fallen har klinikerna lyckats få synergieffekter genom att bryta sjukvårdens mer traditionella organisationsmönster med en förutbestämd arbetsfördelning, där underordnad personal skiljts från planering, analys och beslutsfattande (Gustafsson 2004).

Friskvård, javisst men...

När frågan om friskvård ställdes blev svaret från flertalet intervjupersoner: att javisst, det finns nära tillgång till träningslokaler och man fick träna en timme i veckan på arbetstid, man ordnade gemensamma promenader och sprang ett motionslopp tillsammans och så vidare. Motion och "gympa" sågs som självklara inslag för att understödja medarbetarnas hälsa. Men friskvård, menade man, handlar också om gesten att "bry sig om" och att uppmärksamma medarbetarna genom personalfrämjande åtgärder som skapar trivsel och sammanhållning:

Sen tycker jag att vi är relativt bra på vid-sidan-om-arrangemang; Det är inte så sällan det är anslag uppe att vi träffas på puben eller vi spelar brännboll.

Informanterna påpekade även att sedvanlig friskvård som motion är svår att hålla vid liv. Många försök till gemensamma aktiviteter hade tagits men ebbat ut. Därtill sades att det är svårt att motivera den motionsovane – som egentligen har störst behov av fysisk aktivitet – att delta. Istället uppfattades det som att man genom allmänt erbjudna friskvårdstimmar och avdrag på motionskort nådde de personer som redan hade en hälsofrämjande livsstil. Man menade att det då mer blev fråga om bonus än motionsstöd. På de aktuella klinikerna efterlystes således mer målinriktade motionsinsatser: "jag vet inte om vi på kliniken åstadkommer vad vi har syftat till, det måste nog bli mera riktade åtgärder". Denna hållning understöds av forskning som visat att om satsningar på fysisk aktivitet ska ha effekt krävs att de är

både målinriktade och långsiktiga (Shephard 1996). Därtill sägs det vara viktigt att skapa en friskvårdspolicy som är förankrad i alla led på en arbetsplats och som ingår i ett hälsostrategiskt tänkande med tydlig angivelse av såväl ansvariga som budget, organisation, årlig handlingsplan och uppföljning/utvärdering (uppgiften lämnad vid personlig kommunikation, Statens folkhälsoinstitut, Peter Lamming).

I Statens folkhälsoinstituts sammanställning av hälsofrämjande arbetsplatser finns stöd för att insatser för ökad fysisk aktivitet givit positiva effekter på arbetstagarnas livskvalitet och hälsa (Källestål m fl 2004). En annan slutsats som dras är att fysisk aktivitet visat sig vara effektiv för att förebygga ryggont. Erfarenheten säger att man behöver kombinera generella insatser med mer individcentrerad vägledning för att också nå den motionsovane. Hörnstenarna för motiverande samtal är att man med öppna frågor utforskar hur individen känner och tänker inför en möjlig förändring för att sedan genom reflekterat lyssnande återkoppla var hon befinner sig i sin förändringsprocess (Miller & Rollnick 2002). Inom beteendemedicinen betonas dessutom betydelsen av att man tillsammans med individen utformar hemuppgifter med gradvis stegrande träning och förberedelse för misslyckande. Att ändra livsstilsmönster är med andra ord ett utmanande och krävande projekt som kan underlättas av den stödjande miljö som arbetsplatsen kan utgöra (Faskunger 2005).

På sjukhuset har personalen utifrån principen om närhet och lättillgänglighet tillgång till ett hälsocenter. Enligt den friskvårdsansvarige har man vid sidan om ett allsidigt utbud av "öppet hus" aktiviteter alltmer börjat arbeta för att förankra friskvårdstanken hos sjukhusets chefer. Enligt informanten finns det idag större medvetenhet hos personalen om betydelsen att "lyssna på tidiga signaler" för att öka sina möjligheter att arbeta fram till pensionen med bibehållen hälsa.

Det finns amerikanska studier som visat att investeringar i ökad fysisk aktivitet bland personal kan vara lönsamt ur ett företagsekonomiskt perspektiv genom dess positiva påverkan på sjukskrivningsmönster och vårdkonsumtion (Pelletier 2001). Motsvarande svenska studier saknas! Däremot finns erfarenheter från en rad riktade friskvårdsprogram som pekar åt samma håll (Johnsson 2003; Menckel & Österblom 2000). Det finns ännu ingen vetenskaplig forskning som visat huruvida ökad fysisk aktivitet på företag kan ha positiva effekter ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Ett utvecklande och hälsofrämjande ledarskap

Delat ansvar för reflektion, prioritering och återhämtning

Intervjupersonerna betonar betydelsen av att chefer även i besparingstider är inriktade på att utveckla verksamheten. I detta ryms behovet att både stärka specialiteten och skapa forum för reflekterande samtal om krävande möten med patienter och deras anhöriga. Ledarnas intentioner måste kunna förstås i den bemärkelsen att personalen behöver kunna lita till arbetsplatsens överlevnad och att man som person kommer att kunna klara morgondagens krav på arbetsprestationer.

På de två studerade klinikerna arbetar man med patienter som är svårt eller kroniskt sjuka. Det innebär att personalen lätt kan hamna i konfliktfyllda och psykiskt påfrestande situationer. Därför har man utvecklat gemensamma rutiner för att läkare, sjuksköterskor och undersköterskor lättare ska kunna fatta beslut om vilka insatser i den dagliga vården som ska prioriteras i de situationer sådana av något skäl är nödvändiga. Därmed lyfts ansvaret för prioritering bort från den enskilda vårdgivaren:

Vi arbetar med skriftliga prioriteringar, det får vara tillåtet att patienterna inte kommer upp vissa dagar, vi måste lägga ribban så att personalen orkar, men dom ska inte behöva ta det beslutet själva.

När chefen hjälper sin personal att prioritera på det sätt som beskrivits här visar hon eller han sin solidaritet genom att i förlängningen markera för den politiska ledningen att hon eller han inte är beredd att gå utöver tillgängliga resurser i en mer slimmad arbetsorganisation.

Frågan är emellertid om denna signal är tydlig nog för att nå den politiska ledningen i och med att vårdkvaliteten på sjukhuset under motsvarande år inte visat någon försämring för de patienter som väl är inne i systemet (Vårdkvalitetsundersökning 2003). Det kan tolkas som att prioriteringarna inte är av den graden att de går ut över patienterna. Även om ansvaret lyfts från den medarbetare som finns närmast patienten kan detta förhållnings-sätt ändå medföra att man som vårdgivare får göra avkall på vad som känns rätt ur vårdetisk synvinkel.

Ledningen visade också att det är legitimt för medarbetarna att inte vara effektiva i varje stund. Man anser att det på sikt lönar sig att tillåtas avsätta tid för reflektion, samtidigt som det är allas ansvar att säga ifrån när arbetet

blir för tufft. Följande citat illustrerar ömsesidigheten mellan chef och medarbetare:

Tjänstvillighet, att täcka varandra, att hjälpa varandra och den här personkännedom och personkemin som på nåt vis sitter i väggarna, jag tror att vi har haft mycket stor glädje av det när det varit påfrestningar.

Cheferna i denna studie har således utvecklat medvetna strategier för att inte överanstränga sin personal; ”man får se till att det inte läggs för mycket på någon”. Men man lyckas inte alltid. Det är lätt att överskrida gränsen för vad som är rimlig arbetsbelastning. En annan hälsorisk som informanterna framhåller är att medarbetarna av lojalitet tar på sig för mycket extraarbete genom att ställa upp och täcka vakanser. Värt att nämna i det här sammanhanget är att det i andra studier framkommit att människors möjligheter att påverka såväl arbetstiden som arbetstakten är viktiga bestämningsfaktorer för god arbetshälsa (Aronsson & Lindh 2004).

Höga arbetskrav kan således med hög kontroll bidra till engagemang och personlig utveckling, särskilt när man har tillgång till socialt stöd från överordnade och medarbetare (Karasek & Theorell 1990). Ett alltför högt engagemang och att ständigt gå på ”högvarv” kan å andra sidan bli en honungsfälla. Det är inte ovanligt att människor som sjukskrivs för utmattningssyndrom ofta är just de som varit starkt engagerade i sitt arbete, tagit på sig många arbetsuppgifter och haft svårt att sätta gränser. Visserligen är det fortfarande de anspända jobben med kombinationen höga krav och låg kontroll som utgör störst risk för ohälsa och sjukskrivning, men särskilt för kvinnor har det också framkommit att det finns en förhöjd risk i de aktiva jobb som blivit allt vanligare i 1990-talets arbetsliv (RFV 2003a). I överensstämmelse därmed har det framförts att det är svårigheten att balansera kraven inom helheten arbets- och privatliv som upplevs som den mest betydande stressfaktorn bland kvinnor (Hallman 2003). I fysiologiska studier har denna svårighet kommit till uttryck i större spillover av stress från arbete till privatliv bland heltidsarbetande kvinnor (Lundberg & Frankenhaeusser 1999).

Det medvetna arbetet med chefsutveckling på sjukhuset anses ha bidragit till att utveckla ledarnas förmåga att balansera kravnivån i relation till både medarbetarnas och verksamhetens resurser (Chefsprogram usö 2003). De aktiviteter som detta program innehåller gör det möjligt för sjukhusets chefer att tillsammans reflektera över sin funktion och att få konsultativt

stöd i sin ledarroll. Arbetsmiljöverket har under åren 2004–06 valt att koncentrera sina inspektioner på arbetsplatser inom Örebro läns landsting. Man har verkat strategiskt genom att först kommunicera med högsta ledningen, för att därefter understödja de olika arbetsgrupper som bildats för att göra systematiska hälsokonsekvensbedömningar av de omorganisationer som är på gång utifrån aktuella spårkrav.

Att vara inriktad på mål, problemlösning, bemyndigande och bekräftelse

Från arbetsmiljökartläggningarna på sjukhuset vet vi att våra hälsostabila kliniker gått igenom motsvarande stålbad som övriga kliniker på sjukhuset. De har brottats med kulturkrockar och konflikter mellan personal i samband med sammanslagningar av vårdavdelningar. Dessa arbetsplatser skiljer sig på så sätt inte från andra kliniker. Det som kännetecknar dem är i stället att ledarna visat sina medarbetare att de är inställda på att lösa uppkomna svårigheter. De gånger man inte har kunnat lösa problemen har man tagit hjälp av extern expertis.

Verksamheten på de båda klinikerna är högt specialiserad, vilket innebär att personalen arbetar för att ge patienterna vård av god kvalitet. Cheferna ger personalen ansvar för detta. Att på det sättet bemyndiga (empower) sin personal bidrar, enligt ledarskapsteoretikerna Bass och Avolio (1994), till att utveckla ett klimat av gemensamma ansträngningar. På såväl klinik- som avdelningschefsnivå tycks ledarna i den här studien ha förmåga att få medarbetarna att töja på sina gränser. Att få tänja sin gräns i arbetet är i grunden stimulerande. Såsom vi påpekade i förra avsnittet är det emellertid lätt att överskrida gränsen för vad som är rimlig arbetsbelastning när medarbetarna, som i denna studie, är engagerade och gärna tar på sig extrauppgifter.

Ledarstilen på klinikerna kan beskrivas som transformell, på så sätt att ledarna har fokus på verksamhetens utveckling samtidigt som de försöker tillfredsställa de anställdas olika behov och därigenom engagera dem (Bass 1985). Det transformella ledarskapets visionära dimension innebär inte att ledaren ensam behöver stå för det kreativa arbetet. Tvärtom! Det är en fördel om medarbetarna deltar i en sådan process. Det är ju ingen idé att måla en framtidsbild om inte betraktaren förstår bilden. Motiverande och stimulerande ledarskap betyder även att skapa förutsättningar som medför att medarbetarna uppfattar sitt arbete som meningsfullt och begripligt. Kommunikation är enligt Bass ett av chefens mest centrala verktyg för att motivera sina medarbetare.

Vid de här studerade klinikerna visade ledningen en medvetenhet om att den positiva effekten av att få och ta ansvar ska vägas mot risken att överbelasta medarbetarna. Detta stöd torde göra det möjligt för personalen att stärka kontrollen över arbetet, något som kan ha bidragit till att hälsotrenden varit stabil på klinikerna (Bond & Bunce 2001; Noblet 2003). I ledarskapsforskningen poängteras betydelsen av att medarbetare får ta ansvar för både sitt arbete och sin personliga utveckling. Sammanfattningsvis anses ansvarsstagande vara gynnsamt för dels produktivitet och effektivitet (Bass 1998), dels arbetstillfredsställelse (Marks-Moran 1999; Spence Laschinger m fl 2001), men också för att fatta beslut som rör vårdarbetet och avdelningens organisation (Nilsson 2003), samt hantera stress (Stordeur m fl 2001).

Tillit, stöd och professionalism skapar hälsa

Utifrån organisationens grundläggande förutsättningar och rådande förhållningssätt har arbetsklimatet på de två studerade klinikerna kommit att kännetecknas av tillit, en tillit som intervjupersonerna menar beror på att de har förtroende för varandras kompetens. Man litar på att varje individ utför sina uppgifter som de ska. Detta förtroende har utvecklats mellan dels ledare och medarbetare, dels mellan och inom olika yrkesgrupper:

Man kontrollerar inte varandra att det och det är gjort utan alla har sina roller, alla har sitt, där man vet vem som gör vad.

Tillit med tillhörande trygghet tycks kunna underlätta möjligheten att ta hand om svårigheter och hantera individuella tillkortakommanden, men den är också grunden för att känna glädje i att arbeta tillsammans. Allt detta verkar höra ihop med att man trivs på jobbet. Vi-känslan gör att de anställda uppfattar sig vara rustade att hantera svängningar i vårdtyngd och personalbrist, situationer som kan göra den lilla kliniken sårbar.

Känslan av att vara specialister och tillhöra en unik grupp – liksom att få arbeta med unika patienter tycks även kunna bidra till utvecklingen av ett professionellt förhållningssätt. Professionalism kommer till uttryck i att personalen är stolt över den kompetens som finns på klinikerna, i betydelsen gemensamt kunnande. I den professionella attityden ligger att bemöta patienter korrekt liksom att ge adekvat behandling av sjukdomen. Det ges utrymme att stödja varandra när det gäller att hantera uppkomna svårigheter tillsammans med arbetskamrater i antingen kollegiala grupper eller i professionellt ledd handledning.

Sammantaget tycks kärnpunkten vara tillförsikt som kommer ur vetenskapen om den personalomsorg och handlingsberedskap som finns i organisationen. Man uppfattar arbetet inom kliniken som hanterbart trots alla samtidiga strukturförändringar, vilket därmed skänker arbetsstolthet. Tillförsikten till varandra bottenar i det uttalade stöd som finns på arbetsplatsen från ledning och medarbetare; ”vi ställer upp för varandra”. De goda egenskaperna på respektive klinik verkar ha fungerat som en buffert mot den annars så vanligt förekommande förändringsstressen.

Tillgång till socialt stöd är en sedan länge välkänd determinant för välbefinnande som dock tål att upprepas (Janssen m fl 1999). Vid det studerade sjukhuset som helhet framkom nämligen att svagt socialt stöd och låg tillfredsställelse med arbetskamrater hade tydligt samband med korttidssjukskrivning (Pettersson m fl 2005). I våra intervjuer framkommer emellertid att det förutom stöd från chef till medarbetare finns ett stöd från medarbetare till chef likaväl som att det finns ömsesidigt stöd mellan arbetskamraterna. På de två klinikerna finns således socialt stöd både horisontellt och vertikalt.

Ett tydligt stöd från chefer i kombination med resurser för att kunna utföra ett bra arbete har i annan forskning visat sig ha ett tydligt samband med god självupplevd hälsa och mindre sjuklighet (Aronsson & Lindh 2004; Mackenbach m fl 1994). Likaså tycks arbetslust höra samman med hälsa, samtidigt som arbetslust framför allt är beroende av stöd från arbetskamrater (Aronsson & Lindh 2004; Josephson & Vingård 2002; Vingård m fl 2000; Vingård 2004).

Den funna tilliten i kombination med god sammanhållning och medvetenhet om betydelsen av personalfrämjande aktiviteter kan tillsammans ha bidragit till den stabila hälsan på de studerade klinikerna. Denna slutsats kan dras mot bakgrund av att man i den omfattande longitudinella undersökningen HAKUL inom vård och omsorg funnit att den viktigaste orsaken till långtidssjukskrivning var å ena sidan utfrysning av arbetskamrater eller chef, och å andra sidan upplevelsen av negativa och hotande förändringar på arbetsplatsen (Vingård 2004).

Sammanfattande diskussion

Den här presenterade intervjustudien sätter fokus på arbetsenheter (kliniker) som under en period av betydande turbulens lyckats bibehålla hälsan hos sin personal vad gäller långtidssjukskrivningar och självskattad hälsa. Inter-

vjuer genomfördes med 17 chefer och företrädare för professionella grupper och fackliga representanter vid nämnda kliniker. Dessa nyckelpersoner intervjuades om vad de ansåg ha bidragit till klinikens förhållandevis goda hälsoläge. Analys och tolkning har skett utifrån en kvalitativ ansats.

Det är inte sannolikt att de arbetsförhållanden som framkommit i denna studie på två arbetsplatser skulle ge samma resultat i en annan organisation, där grundförutsättningarna är annorlunda. Studiens resultat bör dock kunna vara överförbara till liknande verksamheter där välutbildad personal arbetar med människor (patienter – brukare – klienter – elever) och där olika professionella grupper samverkar mot gemensamma mål. Här är det fråga om verksamheter där det ska uppstå fungerande relationer mellan arbetsgivare, arbetstagare, vårdtagare och deras anhöriga, vilket ställer speciella krav på ledarskapet. Våra resultat kan därför anses vara relevanta för andra offentligt styrda verksamheter som lever med flera integrerade organisationer – den politiska, den administrativa och den professionella (Gustafsson 2004; Skagert m fl 2004). Det innebär att professionen styrs av välutbildade experter på verksamhetens innehåll medan tilldelningen av resurser ligger i den politiska organisationens händer.

Det faktum att våra resultat går att knyta till Antonovskys (1987) teori KASAM borgar också för trovärdighet. Utmärkande för båda klinikerna är just känslan av sammanhang; begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begripligheten utvecklas genom att arbetet är tillräckligt förutsägbart. Arbetet blir meningsfullt när det upplevs som socialt värdesatt och nyttigt och värt att investera engagemang i. Hanterbarhet innebär att det måste finnas resurser till förfogande för att utföra arbetet och för att hantera påfrestningar hos individen själv, i form av egen förmåga och initiativkraft, men också utifrån de materiella och stödjande resurser som omgivningen utgör. Ett konkret exempel på detta är teamen som utgör en stabilitet i förändringen.

Genom att belysa olika aspekter på vad som kan ligga bakom honnörsord som inflytande och delaktighet, kompetens och utveckling, stöd och uppskattning samt friskvård och utvecklande ledarskap anser vi att studien har bidragit med att både nyansera och fördjupa bilden av tidigare forskning kring hälsans determinanter, det vill säga faktorer som konstaterats vara viktiga för hållbar hälsa, både när det gäller att minska sjukskrivningar och främja god upplevd hälsa i det vardagliga arbetet.

Våra resultat av den aktuella studien sammanfattas i figur 8.1. Denna ellips ska läsas med början i den yttersta ringen som rymmer verksamhetens förutsättningar i termer av arbetsplatsens lilla format och dess samarbetsorienterade karaktär. Nästa ring innehåller innebörden i gemensamma ansträngningar och aktiviteter (förhållningssätt) som kommit till stånd tack vare ett hälsofrämjande utvecklande (transformellt) ledarskap med fokus på personalen och ett lärande som är integrerat i den dagliga verksamheten. Rådande förhållningssätt bidrar till att man lyckas utveckla ett arbetsklimat som präglas av vi-känsla, tillit och professionalism. Sammantaget tycks de goda förutsättningarna, förhållningssätten och arbetsklimatet ge personalen en grundläggande känsla av att man med tillförsikt kan hantera sitt uppdrag med tillhörande känsla av arbetsstolthet. De goda egenskaperna på respektive klinik tycks ha fungerat som buffertar mot förändringsstress.



Figur 8.1. Kännetecken på en hälsosam klinik.

Referenser

- Antonovsky A (1987) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers.
- AFS 2001:1 *Systematiskt arbetsmiljöarbete*. Solna: Arbetsmiljöverket.
- Arnetz B (2002) "KAK-uppföljning 2001" Örebro: Rapport från universitetssjukhus.
- Aronsson G & Lindh T (2004) *Långtidsfriskas arbetsvillkor: En populationsstudie*. Arbete och Hälsa 2004:10, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

- Bass BM (1985) *Leadership and Performance beyond Expectations*. New York: Free Press.
- Bass BM (1998) *Transformational Leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bass BM & Avolio B (1994) *Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership*. London: Sage.
- Bond FW & Bunce D (2001) "Job Control Mediates Change in a Work Reorganisation Intervention for Stress Reduction" *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4): s 290–302.
- Brenner S-O, Petterson I-L, Levi L & Arnetz B (1988) *Stressreaktioner på hot om arbetslöshet och upplevd arbetslöshet. Psykologiska, biokemiska och ekonomiska effekter av arbetslöshet och otrygghet i arbetet*. Stressforskningsrapporter nr 210, Stockholm: Institutionen för stressforskning, Karolinska institutet.
- Bue Björner J, Sondergaard Kristensen T, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M & Westerholm P (1996) *Self-rated Health – A Useful Concept in Research, Prevention and Clinical Medicine*. Rapport nr 96:9, Stockholm: Forskningsrådsnämnden.
- Bäckman O (2001) "Med välfärdsstaten som arbetsgivare – arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänsteområdet på 1990-talet" i sou 2001: 52 *Välfärdstjänster i omvandling. Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes.
- Chefsprogram USÖ* (2003) Örebro: Örebro läns landsting.
- Faskunger J (2005) *Var dagsmotion – vägen till hållbar hälsa*. Stockholm: Forum.
- Forsberg E & Starrin B (1997) *Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Göteborg: Gothia.
- Gustafsson RÅ (2004) "Välfärdstjänsternas ofärd" s 257–279 i Gustafsson RÅ & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket och Liber Idé förlag.
- Gustafsson RÅ & Petterson I-L (1999) "En empirisk jämförelse mellan landsting med olika styrmodeller" i sou 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Bilaga till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000, Stockholm: Fritzes.
- Hallman T (2003) *Gender Perspective on Psychological Risk Factors. Conditions Governing Women's Lives in Relation to Stress and Coronary Heart Disease*. Stockholm: Karolinska institutet.

- Hertting A (2003) *The Health Care Sector. A Challenging or Draining Work Environment. Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. Avhandling, Stockholm: Karolinska institutet.
- Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2003) "Personnel Reductions and Structural Changes in Health Care – Work-life Experiences of Medical Secretaries" *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2): s 161–170.
- Hertting A, Petterson I-L & Theorell T (2004a) "Ju färre vi är tillsammans... Rapport från ett sjukhus" s 233–254 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2004b) "Assistant Nurses in the Swedish Health Care Sector during the 1990s – A Hard-hit Occupational Group with a Tough Job" PreWiev, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2 nov.
- Hertting A, Nilsson K, Theorell T & Sätterlund Larsson U (2004c) "Downsizing and Reorganization: Demands, Challenges and Ambiguity for Registered Nurses" *Journal of Advanced Nursing*, 5(2): s 145–54.
- Hodson R (2001) *Dignity at Work*. Cambridge: University Press.
- Janssen PPM, deJonge J & Bakker AB (1999) "Specific Determinants of Intrinsic Work Motivation, Burnout and Turnover Intentions: A Study among Nurses" *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), s 1360–1369.
- Johansson G & Lundberg I (2004) "Adjustment Latitude and Attendance Requirements as Determinants of Sickness Absence or Attendance: Empirical Tests of the Illness Flexibility Model" *Social Science & Medicine*, 58(6): s 1857–1868.
- Johnsson J (2003) *Långtidsfriska – så skapas hälsa, effektivitet och lönsambet*. Stockholm: Ekerlid.
- Josephson M & Vingård E (2002) *Arbetslust och hälsa. En rapport från HAKuL-projektet*. Stockholm: Institutionen för kliniks neurovetenskap, Karolinska institutet.
- Karasek RA & Theorell T (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books Inc Publishers.
- Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Pentt J & Virtanen M (2003) "Human Costs of Organizational Downsizing on Health of Employees: Longitudinal Cohort Study" *British Medical Journal*, 320: s 971–975.
- Källestål C, Bjurvald M, Menckel E, Schaeström A, Schelp L & Unge C (2004) "Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser – Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter" 2004:32, www.fhi.se

- Landstingsförbundet (2002) *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992–2000*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Landstingsförbundet (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Langbein L & Jorstad C (2004) "Productivity in the Workplace: Cops, Culture, Communication, Cooperation, and Collusion" *Political Research Quarterly*, 57(1): s 65–80.
- Lindberg P, Nyberg A, Josephson M, Waldenström M & Vingård E (2004) *Att våga förändra för att förbättra*. HAKuL-rapport, Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet.
- Lundberg U & Frankenhaeusser M (1999) "Stress and Workload of Men and Women in High Ranking Positions" *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4): s 142–151.
- Mackenbach JP, van den Bos J, Joung MA, van den Mheen H & Stronks K (1994) "The Determinants of Excellent Health. Different from the Determinants of Ill-health?" *International Journal of Epidemiology*, 23(6): s 1273–1281.
- Marks-Moran D (1999) "Reconstructing Nursing: Evidence, Artistry and the Curriculum" *Nurse Education Today*, 19(1): s 3–11.
- Menckel E & Österblom L (2000) *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Miller WR & Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Andra upplagan, New York: Guilford Press.
- Nilsson K (2003) *Mandat – makt – management: En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Nilsson K, Hertting A, Petterson I-L & Theorell T (2005) "Pride and Confidence at Work: Potential Predictors of Occupational Health in a Hospital Setting" Manuskrift.
- Noblet A (2003) "Building Health Promoting Work Settings: Identifying the Relationship between Work Characteristics and Occupational Stress in Australia" *Health Promotion International*, 18(4): s 351–359.
- Pelletier KR (2001) "A Review and Analysis of the Clinical- and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1998–2000" *American Journal of Health Promotion*, 16(2): s 107–116.

- Petterson I-L (1999) "Vårdens arbetsmiljöer under 1990-talet – en översikt över genomförda studier" i sou 1999:66 *De nya styrsystemen inom hälso- och sjukvården – vad hände med ekonomi, arbetsmiljö och demokrati?* Bilaga till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000, Stockholm: Fritzes.
- Petterson I-L (red) (2000) *Vårdens arbetshälsorapport. Vårdarbetets villkor och konsekvenser för arbetshälsan*. Rapport från Yrkesmedicinska enheten inom samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- Petterson I-L & Arnetz BB (1998) "Psychosocial Stressors and Well-being in Health Care Workers. The Impact of an Intervention Programme" *Social Science & Medicine*, 47(11): s 1763–1772.
- Petterson I-L, Hertting A, Hagberg L & Theorell T (2005) "Are Trends in Work and Health Conditions Interrelated? A Study of Hospital Employees in the Swedish 1990s" *Journal of Occupational Health Psychology*, (under utgivning).
- Renstig M & Sandmark S (2005) "Kvinnors sjukskrivningar. Intervjuer med 25 långtidssjukskrivna kvinnor i Mellansverige" Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för yrkesmedicin. Hämtad, 2005-02-14, från [www:http://www.sjukskrivning.nu/](http://www.sjukskrivning.nu/)
- Requena F (2003) "Social Capital, Satisfaction and Quality of Life in the Workplace" *Social Indicators Research*, 61(3): s 331–360.
- RFV (2003a) *Psykosocial arbetsmiljö och långvarig sjukskrivning*. RFV analyserar 2003:3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2003b) *Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken?* RFV redovisar 2003:5, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2004) *Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2002 och 2003*. RFV redovisar 2004:7, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- SCB (2004) "Arbetslivsfakta. Sveriges officiella statistik" Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Riksförsäkringsverket & Socialstyrelsen, nr 2.
- SCB (2005) "Hälso- och sjukvård: Statistik" Statistiska centralbyrån; 2005. Hämtad, 2005-01-29, från [www:http://www.scb.se](http://www.scb.se)
- Shephard RJ (1996) "Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact" *American Journal of Health Promotion*, 10(6): s 436–452.

- Siegrist J (1996) "Adverse Health Effects of High Effort – Low Reward Conditions at Work" *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1): s 27–41.
- Silverman D (2001) *Interpreting Qualitative Data Method for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage Publications.
- Skagert K, Dellve L, Eklöf M, Ljung T, Pousette A & Ahlborg Jr G (2004) *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet – Balanserande förhållningssätt och strategier*. ISM-rapport 1, Göteborg: Institutet för stressmedicin.
- Spence Laschinger HK, Finegan J & Shamian J (2001) "Promoting Nurse' Health: Effect of Empowerment on Job Strain and Work Satisfaction" *Nursing Economics*, 19(2): s 42–53.
- Stordeur S, D'hoore W & Vandenberghe C (2001) "Leadership, Organizational Stress, and Emotional Exhaustion among Hospital Nursing Staff" *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), s 533–542.
- Szücs S, Hemström Ö & Marklund S (2003) *Organisatoriska faktorerers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner*. Arbete och Hälsa 2003:6, Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Theorell T (2003) *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Kunskaps-sammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Weinehall L & Kristenson M (red) (2004) *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Jeding K, Oxenstierna G & Theorell T (2004) "Workplace Expansion, Long-term Sickness Absence and Hospital Admission" *The Lancet*, 363: s 1193–1197.
- Wiktorin L (red) (2004) *Arbetshälsorapport. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting.
- Vingård E (2004) *HAKuL – Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet.
- Vingård E, Josephson M, Aronsson G & Nilsson M (2000) *Psykosocial arbetsmiljö i Gotlands kommun – en studie av nedvarvning, återbämtning och friskfaktorer*. HAKuL-projektet, Stockholm, Karolinska institutet.
- Virtanen P, Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A & Virtanen M (2004) "Organisational Downsizing, Sickness Absence and Mortality: 10-town Prospective Cohort Study" *British Medical Journal*, 328: s 555–560.
- Vårdkvalitetsundersökning* (2003) Örebro: Rapport från Universitetssjukhuset Örebro.

9. Sjukflexibilitetsmodellen – utgångspunkter och resultat

Gun Johansson och Ingvar Lundberg

SJUKFRÅNVARO ÄR ETT KOMPLEXT FENOMEN genom att det sammanhänger med förhållanden av olika natur. Kristensen (1991) beskriver förhållanden som studerats i relation till sjukfrånvaro på olika nivåer: samhälleliga förhållanden, förhållanden knutna till en specifik arbetsplats eller organisation, individens arbetssituation, sociala förhållanden samt individuella förhållanden. En mångfald studier har genomförts som studerat sjukfrånvaro i relation till dessa olika förhållanden. Trots att vi därigenom fått stor och värdefull kunskap om mönster, trender och möjliga förklaringar så är länkarna mellan dessa förhållanden och sjukfrånvaro till stor del oklara.

En orsak till denna oklarhet tror vi beror på att sjukfrånvaroforskning i liten utsträckning präglas av uttalade perspektiv, teorier och modeller som testas och ställs mot varandra. Det finns betydelsefulla ansatser men dessa försök till teoriutveckling har emellertid i liten utsträckning genererat empiriska studier (se t ex Kristensen 1991; Nicholson 1977; Steers & Rhodes 1978; Ås 1962).

Ohälsa är den centrala orsaken till sjukfrånvaro (Marmot m fl 1995) och bör därför ges en särställning. Det gäller såväl situationen när någon drabbas av ohälsa och sjukskriver sig som när någon tillfrisknar från ohälsa och återgår i arbete. Ohälsans betydelse har inte betonats i merparten av tidigare modeller vilka betraktar ohälsa som en orsak bland andra. Vi vill indela de orsaker till sjukfrånvaro som förekommit i litteraturen i tre perspektiv beroende på hur de kan förhålla sig till ohälsa.

1. *Sjukfrånvaro som ohälsa.* Här uppmärksammar man hälsorisker i och utanför arbetet för att förstå sjukfrånvaro. Den teoretiska utgångspunkten inom detta perspektiv kan schematiskt beskrivas som i figur 9.1. De hälsorisker som studeras kan vara av olika natur såsom psykosociala, fysisk belastning, kemiska hälsorisker och så vidare. Inom detta perspektiv

betraktar man alltså sjukfrånvaro som en indikator på ohälsa. Merparten studier av sjukfrånvaro har, uttalat eller outtalat, denna tankemodell som utgångspunkt men brukar sällan studera ohälsan direkt och problematiserar inte sambandet mellan ohälsa och sjukfrånvaro.



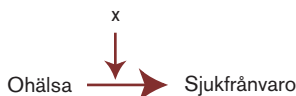
Figur 9.1. Sjukfrånvaro som ohälsa.

2. *Sjukfrånvaro som ej ohälsorelaterad handling.* Inom detta perspektiv uppmärksammar man förklaringar till sjukfrånvaro som inte påverkar eller interagerar med ohälsa. Hypotesen om att sjukfrånvaro utnyttjas för att förlänga helgledighet (se t ex Vahtera m fl 2001) kan exemplifiera detta perspektiv. Perspektivet har, åtminstone i Sverige, i liten utsträckning fått uppmärksamhet inom forskning om sjukfrånvaro. Perspektivet kan beskrivas som i figur 9.2.



Figur 9.2. Sjukfrånvaro som ej ohälsorelaterad handling.

3. *Sjukfrånvaro som ohälsorelaterad handling.* Här uppmärksammar man sambandet mellan ohälsa och sjukfrånvaro och studerar alltså när ohälsa medför sjukfrånvaro och när det inte gör det. Att betrakta sjukfrånvaro som en handling innebär också att försöka förstå vad som påverkar beslutet att gå till jobbet eller inte vid ohälsa. Nicholson (1977) beskriver två läger av beslutsteorier inom forskning om arbetsfrånvaro: "The rationalist writers of economics and sociology, and the instrumentality-expectancy motivation theorists of organizational psychology". Båda dessa grupper beskriver enligt Nicholson frånvaro som ett rationellt be-



Figur 9.3. Sjukfrånvaro som ohälsorelaterad handling.

teende som är bestämt av hur den frånvarande värderar kostnader och nyttan med att vara frånvarande respektive den alternativa handlingen att närvara. Den teoretiska utgångspunkten inom handlingsperspektivet kan schematiskt beskrivas som i figur 9.3.

De tre perspektiven ovan är inte någon sorteringsgrund för projekt eller forskare. Ett och samma projekt kan innehålla förhållanden från samtliga tre perspektiv. En forskare kan dessutom i ett projekt studera förhållanden från ett perspektiv och i ett annat förhållanden från ett annat.

Här presenteras en modell, sjukflexibilitetsmodellen, som är ett försök att utveckla en modell för främst sjukfrånvaro som ohälsorelaterad handling. Denna modell utgår från att människors handlingar sker utifrån överväganden av villkor i och utanför arbetet som bestämmer besluts- och handlingsutrymme. Modellen syftar till att beskriva dessa villkor. Beslutet att gå till jobbet eller inte när man är sjuk (alternativt kvarstå i arbetslivet eller inte) är enligt sjukflexibilitetsmodellen i varierande grad delvis individens eget. Handlingsutrymmet kan i somliga fall vara så begränsat att endast ett handlingsalternativ i praktiken upplevs som möjligt. Detta kan ofta till exempel vara fallet när långvariga sjukskrivningar avslutas med sjukersättning. Resultat från studier som gjorts av några begrepp i modellen kommer också att presenteras i detta kapitel.

Sjukflexibilitetsmodellen är alltså en handlingsteoretisk modell för att förklara sjukfrånvaro. Att vara sjukfrånvarande kan med en sådan utgångspunkt betraktas som ett sätt bland andra att agera vid till exempel sjukdom. Dessutom består ju sjukfrånvaro i sig av flera delhandlingar. Allra först ska vi därför presentera några handlingar som man kan urskilja i relation till sjukfrånvaro och som vi alltså har att förklara.

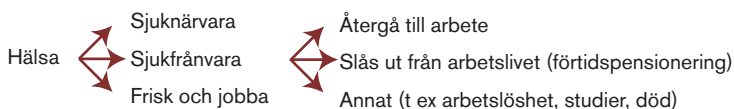
Sjukfrånvaro som handling

Sjukfrånvaro används här i betydelsen sjukskriven, det vill säga att man anmäler sig som sjuk vid frånvaro från arbetet. Även om man teoretiskt skulle kunna urskilja en grupp bland de sjukskrivna som är frånvarande på grund av sjukdom eller annan ohälsa och en grupp som är frånvarande av andra skäl, så är det i praktiken de anmälda sjukskrivningarna vi står inför att förklara. Med den vida definition vi har på ohälsa (se nedan) sammanfaller sannolikt också sjukfrånvaro och sjukskrivning i de allra flesta fall. När en yrkesverksam person drabbas av ohälsa så kan denne antingen utebli från

arbetet eller utföra sina arbetsuppgifter. I det förra fallet kan man sägas vara sjukfrånvarande och i det senare sjuknärvarande. Om man utför arbetsuppgifterna så kan det både ske på en arbetsplats eller, för vissa, i hemmet. Vi utgår alltså inte från att man måste vara fysiskt närvarande på arbetsplatsen för att vara sjuknärvarande. Det är tillräckligt att man utför sina arbetsuppgifter. Sjuknärvaro är alltså en alternativ handling till sjukfrånvaro. Männskor kan dock anmäla sig som sjukfrånvarande utan att ha någon ohälsa eller nedsatt kapacitet. Att vara frisk och jobba är då den alternativa handlingen.

Sjukfrånvaro kan avslutas på olika sätt. Det vanligaste sättet är att återgå i arbete, majoriteten av dem som gått in i sjukfrånvaro återgår i arbete inom en kort tidsrymd. En viss andel av sjukfrånvaron varar dock under långa perioder. Majoriteten av dem som återgår har sannolikt tillfrisknat. Men återgång i arbete sker också bland människor med kvarvarande hälsoproblem. Sjukfrånvaro kan även avslutas genom förtidspensionering. En liten andel av sjukfrånvaron avslutas på andra sätt än genom återgång i arbete eller förtida pensionering. Man kan till exempel bli arbetslös, få ålderspension, börja studera eller avlida.

Resonemanget ovan beskrivs schematiskt i figur 9.4.



Figur 9.4. Sjukfrånvaro – delhandlingar och alternativa handlingar.

Låg sjukfrånvaro tolkas ofta i termer av god hälsa. Beaktar man alternativhandlingarna till sjukfrånvaro så kan låg sjukfrånvaro förutom god hälsa också spegla hög sjuknärvaro eller en omfattande förtidspensionering.

För att följa utvecklingen av ohälsan i arbetslivet är det viktigt att följa flöden mellan sjukfrånvaro, sjuknärvaro, återgång i arbete och förtidspensioneringar. En modell som avser att förklara sjukfrånvaro som handling bör kunna förklara dessa flöden. Dessa olika del- och alternativhandlingar är också ”utfall” i sjukflexibilitetsmodellen. En modell av sjukfrånvaro bör sålunda kunna besvara följande typ av frågor: Vad bestämmer om ohälsa leder till sjukfrånvaro eller till sjuknärvaro? Vad påverkar när sjukfrånvaro avslutas? Vad påverkar om sjukfrånvaro avslutas genom återgång i arbete eller om den leder till utslagning från arbetslivet? Sjukflexibilitetsmodellen

är konstruerad för att kunna ge svar på frågor som dessa. Det är ju sannolikt att en och samma förklaring kan ges till dessa olika aspekter av sjukfrånvaro. Men de kan också ha olika förklaringar. Det kan leda en bit ytterligare i vårt teoretiska arbete om vi beaktar detta i studiedesign och tolkningsarbete.

Sjukflexibilitetsmodellen och handlingsperspektivet sjukfrånvaro som ohälsorelaterad handling

Sjukflexibilitetsmodellen (se figur 9.5) utvecklad av Johansson och Lundberg (2004) utgår ifrån att människor möter olika villkor i och utanför arbetet som bestämmer om man sjukskriver sig eller inte både vid ohälsa och annars. Olika förhållanden kan dock vara betydelsefulla beroende på hälsotillstånd. Sjukflexibilitetsmodellen har främst utvecklats för att förstå sambandet mellan ohälsa och sjukfrånvaro. Modellen omfattar dock även förhållanden som kan bidra till att förstå sjukskrivning trots förekomst av full arbetsförmåga. Detta diskuteras kort i nästa avsnitt. Vi presenterar modellen nedan utifrån perspektivet att sjukfrånvaro är en ohälsorelaterad handling. Med detta perspektiv utgår man alltså från situationer där människor har någon typ av ohälsa. Med ohälsa avser vi både diagnostiserade sjukdomar och upplevd sjuklighet. Det omfattar också till exempel skador, livskriser och graviditetsrelaterade besvär. Det är tveksamt om de två sista tillstånden kan inrymmas i begreppet ohälsa. Medvetna om detta använder vi, i avsaknad av ett vidare begrepp, ohälsobegreppet då vi tror att det fångar merparten av de tillstånd som leder till sjukfrånvaro.

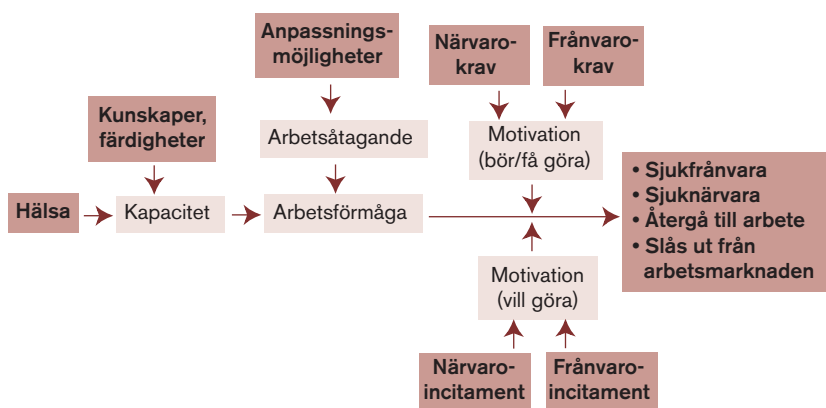
Ohälsa minskar ofta individens kapacitet att arbeta. Kapaciteten bestäms också av de kunskaper och färdigheter som individen har. En individ med stora kunskaper och färdigheter kan förväntas "tåla" mer ohälsa och ändå bibehålla tillräcklig kapacitet än en individ med små kunskaper och färdigheter.

Anställda har ett arbetsåtagande som i allmänhet regleras via ett anställningskontrakt. Vid ohälsa ger arbetet människor möjlighet att anpassa arbetsåtagandet till aktuell kapacitet i olika utsträckning. I somliga arbeten kan man välja vilka arbetsuppgifter man ska göra, korta ner arbetsdagen, arbeta i lugnare takt eller arbeta hemma. De som har högt beslutsutrymme i sitt arbete kan sannolikt använda detta för att anpassa arbetet till sin kapacitet. Det är också möjligt att anställda som vanligtvis inte har högt beslutsutrymme ges möjligheter att anpassa arbetet. Att människor med hälsoproblem ges möjlighet att undandra sig sina vanliga plikter beskrevs redan

1951 av Parsons. Till exempel kan en barnsköterska med akuta ryggsmärtor få göra kökstjängstgöring och slippa barngruppen. Det finns också arbeten där vanligen inga eller små möjligheter att anpassa arbetet till sin hälsa erbjuds. Det är givet vad man ska göra, när det ska göras samt hur och var det ska utföras. Om man, trots ohälsa, går till jobbet måste man med sådana villkor arbeta fullt ut. Att vara busschaufför kan vara ett exempel på ett sådant arbete.

Enligt sjukflexibilitetsmodellen kommer människor att bedöma sin arbetsförmåga i relation till dels kapacitet, dels det arbetsåtagande man bedömer att man har efter att ha övervägt eventuella anpassningsmöjligheter.

Med arbete kan man avse både betalt lönearbete och obetalt arbete som till exempel hushållsarbete och ideellt arbete. Arbetsförmågebegreppet kan därför appliceras på både betalt och obetalt arbete och man kan tala om förmåga att lönearbete, hushållsarbete, arbeta ideellt och så vidare. Liksom att anpassningsmöjligheter kan variera inom lönearbete så kan de också göra det inom andra typer av arbeten och påverka förmågan att arbeta inom respektive område. Det är också möjligt att anpassningsmöjligheter inom till exempel hushållsarbete påverkar förmågan att lönearbete. Anpassningsmöjligheter inom obetalt arbete skulle därmed kunna utgöra en determinant till förmåga att lönearbete.



Figur 9.5. Sjukflexibilitetsmodellen.

Arbetsförmåga i sjukflexibilitetsmodellen avser förmåga att lönearbeta. Denna förmåga definieras, förutom av individens kapacitet, enbart av villkor i lönearbetet. Ett skäl för detta är att modellen ska avspegla sjukförsäkringens intentioner. Arbetsförmåga ska, inom denna försäkring, bestämmas av individens hälsa i relation till lönearbete. Ett annat skäl är att människor sannolikt prioriterar lönearbete framför andra typer av arbeten på grund av den centrala roll det spelar för försörjning och livsvillkor. Generellt har man sannolikt även högre anpassningsmöjligheter inom det obetalda arbetet vilket gör att man till exempel kan välja bort, förenkla eller skjuta fram uppgifter. Städning och tvätt kan flyttas fram eller göras enklare, ambitioner med aktiviteter tillsammans med barn sänkas, och så vidare. Åtaganden inom det obetalda arbetet tror vi därför inte i någon större utsträckning inverkar på hur människor bedömer sin förmåga att lönearbeta. Människor kan ju emellertid av olika skäl prioritera uppgifter inom det obetalda arbetet. Man kanske föredrar att vara hemma med barnen eller arbeta ideellt före lönearbetet. I den mån sådana prioriteringar påverkar om man är sjukskriven eller ej så fångas det upp i sjukflexibilitetsmodellen av antingen incitaments- eller kravdimensionerna (se nedan). Förhållanden inom det obetalda arbetet kan givetvis även utgöra hälsorisker och på så sätt påverka arbetsförmågan.

Nedsatt arbetsförmåga kommer att öka sannolikheten för sjukfrånvaro och utslagning från arbetsmarknaden. Men sambandet mellan arbetsförmåga och sjukfrånvaro kan påverkas av andra förhållanden. Vi har urskiljt fyra sådana. Två av dessa utgör "krav" vilka vi antar påverkar människors motivation genom att påverka vad de anser att de *får* eller *bör* göra. De två andra utgör "incitament" vilka motiverar genom att påverka vad människor *vill* göra. Indelningen i krav och incitament liknar och är inspirerad av Kristenssens (1991) indelning i positiva respektive negativa "närvarofaktorer" och "frånvarofaktorer". Denna indelning särskiljer inte mellan determinanter till arbetsförmåga och motivation. Kristenssens kategorier omfattar därför till skillnad från sjukflexibilitetsmodellens krav och incitament, både sådant som kan bestämma arbetsförmåga och motivation.

Motivation bestäms alltså i sjukflexibilitetsmodellen av vad människor dels anser att man bör eller får göra och dels vad man vill göra. Denna indelning i bör eller får och vill liknar tankar hos Berglind och Gerner (2002) som betraktar sjukfrånvaro i relation till vad man kan och vill. I sjukflexibilitetsmodellen motsvaras kan-dimensionen av arbetsförmåga.

De två kraven respektive incitamenten i sjukflexibilitetsmodellen är:

Närvarokrav beskriver negativa konsekvenser av att utebli som gör att människor trots ohälsa anser att de bör gå till arbetet respektive inte får stanna hemma. Närvarokrav kan finnas i arbetet och bestämmas av arbetsorganisationen. Kanske får arbetskamrater mer att göra, arbetsuppgifter ackumuleras eller verksamheter måste ställas in om man är borta från arbetet. Närvarokraven kan också finnas utanför arbetsorganisationen. Att inte ha råd att stanna hemma kan utgöra ett ekonomiskt närvarokrav. Hur stort inkomstbortfallet blir av sjukfrånvaron bestäms av hur sjukförsäkringssystemet är organiserat. Att trots ohälsa närvara på jobbet av rädsla för att förlora arbetet kan också utgöra ett närvarokrav.

Frånvarokrav beskriver negativa konsekvenser av att gå till jobbet vid ohälsa som gör att människor upplever att de inte bör eller får närvara. Vid infektioner kan risk att sprida smitta utgöra ett sådant frånvarokrav. Signaler från arbetskamrater eller ledning på att man är ovälkommen på arbetet kan också utgöra frånvarokrav.

Närvaroincitament beskriver förhållanden som gör att människor vill gå till arbetet trots ohälsobesvär. Behov av socialt stöd från arbetskamrater kan vara ett sådant incitament. Utvecklande och stimulerande arbetsuppgifter likaså.

Frånvaroincitament beskriver förhållanden som, förutom de besvär man drabbats av, gör att människor vill utebli från jobbet. Meningsfulla fritidsaktiviteter kan utgöra ett sådant incitament. Omsorg om till exempel familjemedlemmar kan också vara ett incitament att utebli från arbetet.

De förhållanden som sammanfattas under närvaro- och frånvarokrav samt närvaro- och frånvaroincitament torde ha stor betydelse för individens motivation att gå till arbetet eller ej. Det kan därutöver finnas personlighetsegenskaper som ytterligare bidrar till motivationen genom den personliga tolkningen av kraven och incitamenten. Vi har ännu inte studerat denna fråga och prioriterar för närvarande den arbetsrelaterade motivationsstrukturen.

Sjukflexibilitetsmodellen och handlingsperspektivet sjukfrånvaro som ej hälsorelaterad handling

Om människor med full arbetsförmåga sjukskriver sig så torde det kunna förstås utifrån antingen frånvarokrav eller frånvaroincitament. Människor kan uppleva att de inte är välkomna på arbetsplatsen och därigenom uppfatta

det som ett frånvarokrav Människor kan också välja att sjukskriva sig på grund av att de har höga frånvaroincitament. Ett incitament kan vara den ekonomiska vinning man uppnår genom att man sjukskriver sig från ett jobb för att arbeta i ett annat. Incitamenten kan också vara andra än ekonomiska. Kanske man vill ta hand om sina barn.

Studier av sjukflexibilitetsmodellen

Med sjukflexibilitetsmodellens komponenter som utgångspunkt har några studier av anpassningsmöjligheter och närvarokrav hittills utförts. I detta kapitel sammanfattas den kunskap vi hittills nått kring dessa aspekter.

Anpassningsmöjligheter och närvarokrav som bestämningsfaktorer för kortvarig sjukskrivning och sjuknärvaro i Stockholms län

Den första studien av anpassningsmöjligheter och närvarokrav utfördes på ett slumpmässigt urval av befolkningen i Stockholms län 1998 (Johansson & Lundberg 2004). Uppgifter samlades via enkät och cirka 6 500 yrkesverksamma ingick i analysen. Vi studerade anpassningsmöjligheter och närvarokrav mot självrapporterad sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Resultaten i denna studie visade att anpassningsmöjligheter sammanhängde med sjukfrånvaro i förväntad riktning. De som hade små anpassningsmöjligheter hade större sannolikhet att vara sjukskrivna jämfört med dem som hade stora anpassningsmöjligheter. Sambandet var dock svagare än vad vi förväntat och uppnådde bara statistisk signifikans bland kvinnor. Anpassningsmöjligheter visade inget samband med sjuknärvaro. Närvarokrav däremot visade starkt samband med såväl sjukfrånvaro som sjuknärvaro på förväntat sätt. De som hade höga närvarokrav hade större sannolikhet att vara sjuknärvarande och ha lägre sjukfrånvaro än de med små sådana krav.

En möjlig tolkning som kan göras av det svaga sambandet mellan anpassningsmöjligheter och sjukfrånvaro är att den fråga som användes inte fångade människors arbetsvillkor väl. Uppgifter hämtades via en brett formulerad fråga, "Om du någon dag känner dig trött, hängig och har huvudvärk, kan du då anpassa ditt arbete till hur du mår?". Kanske behövs mer specifika frågor. En annan tolkning av det svaga sambandet är att det är ett resultat av att studiepersonerna bestod av en normalpopulation där en överväldigande majoritet hade tämligen liten eller ingen sjukfrånvaro. Kanske är anpassningsmöjligheter viktigare för längre frånvaro.

*Anpassningsmöjligheter i arbetet och återgång i arbetet
efter lång sjukskrivning bland privatanställda tjänstemän*

Nästa studie av anpassningsmöjligheter (Johansson & Lundberg 2003) tog hänsyn till de möjliga bristerna i den tidigare studien. Dels studerades långtidssjuka, dels hämtades uppgifter om huruvida man hade möjlighet att anpassa nio specifika förhållanden i det arbete man blev sjukskriven från. Dessa handlade om ifall man, då man drabbades av ohälsa, kunde (1) välja bland arbetsuppgifter, (2) skjuta upp vissa arbetsuppgifter, (3) få hjälp av arbetskamrater, (4) arbeta långsammare, (5) påverka raster, (6) förkorta arbetsdagen, (7) gå hem och utföra arbetet senare, (8) arbeta ostört på arbetsplatsen eller (9) arbeta hemma.

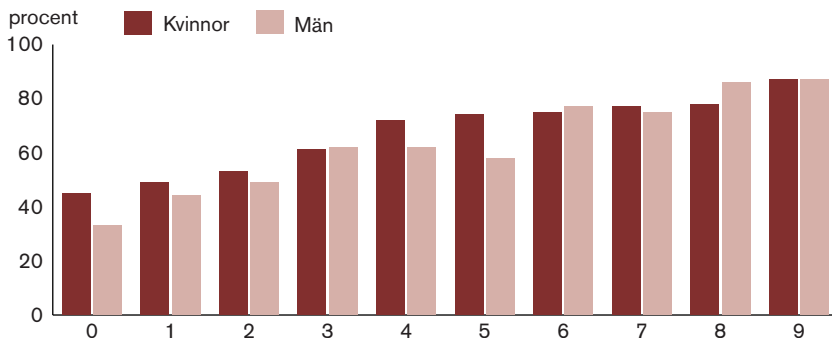
Urvalet i denna studie bestod av privatanställda tjänstemän¹ som år 2000 haft minst 90 dagars sjukfrånvaro. Ett år senare erhöll de en enkät där de fick beskriva bland annat anpassningsmöjligheter och huruvida de återvänt i arbete eller inte.

Resultaten visade ett mycket starkt samband mellan det antal anpassningsmöjligheter man hade i det arbete man sjukskrevs från och om man återvänt i arbete eller inte. Av dem som helt saknade de studerade anpassningsmöjligheterna hade 32 procent av männen och 45 procent av kvinnorna helt eller delvis återgått i arbete. Bland dem som hade samtliga nio anpassningsmöjligheter hade 87 procent bland både män och kvinnor återgått (figur 9.6). Sambandet kvarstod även efter kontroll av ålder, självrapporterad hälsa, krav från hem och hushållsarbete, stimulans i arbetet och närvarokrav.

Anpassningsmöjligheter, mätt med specifika frågor, som bestämningsfaktorer för få och många dagars sjukskrivning i Stockholms län

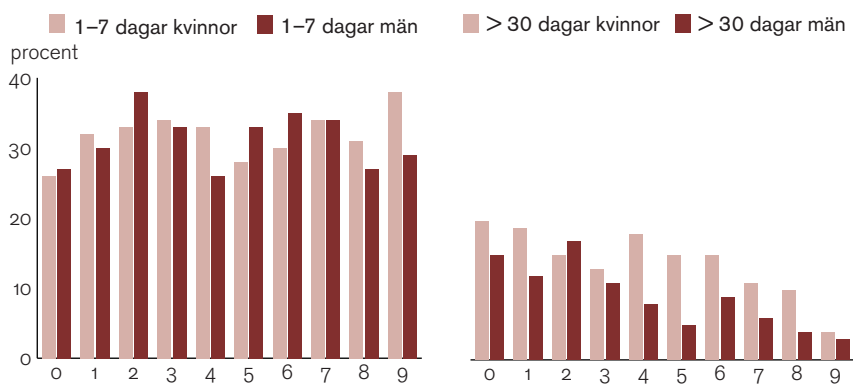
Att anpassningsmöjligheter är mest betydelsefullt för lång frånvaro och att uppgifter bör inhämtas via specifika frågor om olika möjligheter bekräftades även i en panelstudie av människor boende i Stockholms län (Stockholms läns landsting 2004). Urvalet skedde slumpmässigt 1994 och studieper-

1. Samtliga var anslutna till den individuella tjänstepensionen (ITP) som baseras på en överenskommelse mellan privatanställda tjänstemän (PTK) och Svenskt Näringsliv. ITP administreras av tjänstepensionsföretaget Alecta som också finansierade denna studie.



Figur 9.6. Andel som återgått i arbete, helt eller delvis, bland långtidssjuka tjänstemän efter anpassningsmöjlighet ett år efter att de haft minst 90 dagars sammanhängande sjukfrånvaro.

sonerna erhöll då en enkät. Syftet med enkäten (så kallad folkhälsoenkät) var att inhämta uppgifter om bland annat hälsotillstånd, arbetsvillkor och livsstil. De som besvarade enkäten 1994 fick en ny enkät 1998 och de som besvarade denna fick ytterligare en enkät 2002. I denna sista enkät hämtade vi specifika uppgifter om anpassningsmöjligheter. En analys av dessa uppgifter mot sjukfrånvaro visade att antal anpassningsmöjligheter inte sammanhängde med sjukfrånvaro mellan en och sju dagar per år (figur 9.7). Däremot hade det samband med sjukfrånvaro 30 dagar eller mer per år.



Figur 9.7. Andel som varit sjukskrivna mellan en och sju dagar och 30 dagar eller mer i relation till antal anpassningsmöjligheter. Kvinnor och män.

Bland kvinnorna som saknade anpassningsmöjligheter hade 20 procent varit sjukskrivna 30 dagar eller mer medan fyra procent med samtliga nio anpassningsmöjligheter hade varit det. Motsvarande siffror bland män var 15 respektive tre procent.

Några frågor för framtiden

Befintlig kunskap tyder alltså på att närvarokrav i arbetet är betydelsefullt för kort sjukfrånvaro. De som har höga närvarokrav tenderar att vara sjuknärvarande istället för att sjukskriva sig. Anpassningsmöjligheter däremot är mer betydelsefullt för längre sjukfrånvaro. Att ha höga anpassningsmöjligheter verkar medföra att man trots ohälsa kan bibehålla sin arbetsförmåga och kvarstå i arbete.

En mängd studier av sjukflexibilitetsmodellen som helhet och specifika begrepp i den återstår att utföra. Några centrala frågor för framtida studier är: Hur väl förklarar modellen som helhet sjukfrånvaro? Är olika förhållanden betydelsefulla för beslutet att sjukskriva sig och beslutet att återgå i arbete? Hur betydelsefulla är anpassningsmöjligheter och vilka anpassningsmöjligheter krävs för att människor med kroniska hälsobesvär ska kunna kvarstå i arbetslivet? Och vad betyder anpassningsmöjligheter för om de slås ut från arbetslivet genom förtida pension? I vilken utsträckning kan förhållanden i sjukflexibilitetsmodellen förklara de stabila skillnader man funnit i relation till sjukfrånvaro som till exempel socioekonomiska, köns- och åldersskillnader.

Avslutande kommentarer

Sjukflexibilitetsmodellen har i första hand utvecklats för att förklara sjukfrånvaron och dess alternativa handlingar, men begreppen i modellen syftar till att beskriva människors faktiska villkor och är därför potentiella verktyg också för bedömning och intervention.

Sjukförsäkringslagen säger att "Sjukpenning utges vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel" (Lag 1962:381 om allmän försäkring). Lagen säger vidare att man i bedömningen av om arbetsförmågan är nedsatt ska beakta om den försäkrade är ur stånd att utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren erbjuder. Sjukflexibilitetsmodellen utgår, till skillnad från lagen om allmän försäkring, från att ett vidare panorama av tillstånd är, och måste

vara, möjliga orsaker till sjukfrånvaro. Sjukflexibilitetsmodellen erbjuder också ett verktyg att bedöma arbetet i relation till arbetsförmåga.

Sjukflexibilitetsmodellen kan också vara ett verktyg vid rehabilitering. Teoretiskt kan man tänka sig att rehabiliterande åtgärder kan riktas mot samtliga förhållanden i modellen. Att genom till exempel organisatoriska förändringar öka anpassningsmöjligheter i arbetet kan göra att en människa med långvariga hälsobesvär bibehåller arbetsförmågan genom att kunna arbeta utifrån egna förutsättningar. Att öka trivseln och göra arbetsuppgifterna mer stimulerande (öka närvaroincitament) kan göra att motivationen att återgå i arbete bland människor som kämpar med hälsoproblem ökar. Ibland kanske de största hindren mot att återgå i arbete finns i arbetsgruppen snarare än hos individen genom att en långtidssjuk inte är välkommen tillbaka (höga frånvarokrav). Att rikta insatser mot individen för att återgå i sitt tidigare arbete förefaller i en sådan situation missriktat. Åtgärder riktade mot arbetsgruppen eller som syftar till ett byte av arbetsplats torde vara mer framgångsrika.

Sjukflexibilitetsmodellen är också potentiellt tillämpbar vid arbetsorganisatoriskt arbete genom att visa på hur organisationsförändringar kan påverka situationen för människor vid ohälsa, både tillfällig och långvarig sådan. En förutsättning för att lagen om ökade ekonomiska drivkrafter² för arbetsgivarna ska bli framgångsrikt torde vara att det finns utarbetade arbetssätt att arbeta med dessa frågor inom företagen. Sjukflexibilitetsmodellen kan utgöra utgångspunkt för att utveckla ett sådant arbetssätt.

Referenser

- Berglind H & Gerner U (2002) "Motivation and return to work among the long-term sicklisted: An action theory perspective" *Disability and Rehabilitation*, (24), s 719–726.
- Johansson G & Lundberg I (2003) "Anpassningsmöjligheter och återgång i arbete bland långtidssjuka tjänstemän" Slutrapport (www.alecta.se), Stockholm: Alecta.
- Johansson G & Lundberg I (2004) "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model" *Social Science & Medicine*, (58), s 1857–1868.

2. Denna lag innebär att arbetsgivare ska ersätta de två första veckorna av sjukfrånvaron och därefter 15 procent av kostnaderna för den återstående sjukfrånvaroperioden.

- Kristensen T S (1991) "Sickness absence and work strain among Danish slaughter-house workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour" *Social Science & Medicine*, (32), s 15–27.
- Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F & Syme S L (1995) "Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study" *Journal of Epidemiology and Community Health*, (49), s 124–130.
- Nicholson N (1977) "Absence behaviour and attendance motivation: A conceptual synthesis" *Journal of Management Studies*, (14), s 231–252.
- Parsons T (1951) *The social system*. Glencoe, IL: Free press.
- Steers R M & Rhodes S R (1978) "Major influences on employee attendance: A process model" *Journal of Applied Psychology*, (63), s 391–407.
- Stockholms läns landsting (2004) "Anpassningsmöjligheter, närvarokrav och sjukfrånvaro" kapitel 4 i *Arbetshälsorapport 2004*. Stockholms läns landsting: Arbets- och miljömedicin.
- Vahtera J, Kivimäki M & Pentti J (2001) "The role of extended weekends in sickness absenteeism" *Occupational & Environmental Medicine*, (58), s 818–822.
- Ås D (1962) "Absenteeism – A social fact in need of a theory" *Acta Sociologica*, (6), s 278–286.

IO.

Sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning

Mona Backbans, Peeter Fredlund och Christina Lindholm

I dagens debatt sägs ofta att långtidssjukskrivning är negativt för individen. Ur vetenskaplig synvinkel är detta påstående mycket dåligt underbyggt.

DENNA SAMMANFATTANDE SLUTSATS kom Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) fram till i en systematisk kunskapsöversikt år 2003. Med tanke på hur många (241 000 år 2003) som varje år är sjukskrivna mer än 60 dagar är denna kunskapsbrist vad gäller konsekvenser av sjukskrivning för individen anmärkningsvärd. Kanske man kan säga att en tidigare förmodan att sjukskrivning självklart är av godo vid nedsatt arbetsförmåga nu förbytts i den motsatta, men att faktaunderlag saknats för båda dessa åsikter. I den nämnda rapporten togs en rad möjliga konsekvenser av sjukskrivning upp, för den sjukskrivne, dennes familj, för arbetsgivaren, hälso- och sjukvården och samhället i stort. Sjukskrivning kan ha konsekvenser för det fortsatta sjukdomsförloppet, andra sjukdomar som depression kan tillstöta och sjukskrivning kan påverka välbefinnande eller livskvalitet.

Exempel på konsekvenser för individen, förutom effekter på hälsa och sjukdom, kan vara att sociala kontakter inom och utom familjen förbättras eller försämras, hälsorelaterade levnadsvanor som alkoholvanor och motion kan förändras, karriärmöjligheter och ekonomi kan påverkas, liksom risken för arbetslöshet. Evidensen för sådana negativa eller positiva effekter är i nuläget ytterst knapp och varje ny studie inom området kan ge mycket nyttig kunskap.

Denna studie har som syfte att undersöka mer långsiktiga sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning, i form av anknytningsgrad till arbetsmarknaden, ekonomisk kris och sociala relationer inom och utom hushållet. Specifikt kommer vi att undersöka hur sjukskrivningens längd mätt med antal ersatta sjukpenningdagar korrelerar med dessa konsekvenser, samt om konsekvenserna är beroende på sjukdomstyp.

Tidigare studier

SBU:s kunskapsöversikt identifierade tio relevanta studier om ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning, varav två bedömdes ha tillräcklig kvalitet. För andra konsekvenser av sjukskrivning bedömdes 14 studier vara relevanta varav sju hade tillräcklig kvalitet. Merparten av dessa nio studier behandlade konsekvenser av förtidspension. Om vi begränsar oss till sjukskrivning, som är ämnet för vår studie, märks en svensk kvalitativ studie som undersökt 100 sjukskrivna kvinnor, deras syn på vad som lett till sjukskrivningen och varför den blivit långvarig (Ockander & Timpka 2001). Resultaten visar att de flesta först såg positivt på sjukskrivningen som gav möjlighet till fysisk vila. Med tiden innebar sjukskrivningen dock en negativ utveckling: många kände sig isolerade och blev passiviserade. Sysslolösheten innebar att det fanns gott om tid att reflektera över hur de mådde, vilket innebar att upplevelsen av smärta intensifierades. Mötet med vården och försäkringskassan karaktäriserades av besvikelse och frustration. Den medicinska behandlingen, som oftast bestod av enbart medicinering, upplevdes som inadekvat och sjukskrivningen sågs som ett bevis på sjukvårdens otillräcklighet. Den ständiga väntan på andras beslut ledde till passivisering och kvinnorna beskrev att de hade förlorat en känsla av kontroll över sin egen situation. En dansk registerstudie visade att sjukfrånvaro mer än tre veckor var en oberoende prediktor för självmord två år senare bland män men inte kvinnor (Qin m fl 2000). Dessa två studier visar att längre sjukskrivning kan ha en negativ effekt på den psykiska hälsan.

Två svenska studier har belyst sambandet mellan inkomst och sjukskrivning, varav den ena undersökt kortvarig sjukfrånvaro (Hansen 2000). I den studie som undersökt sjukfrånvaro över 60 dagar visade det sig att sjukfrånvaro ledde till en minskning av inkomsten, men detta var kopplat till att man arbetat färre timmar snarare än att inkomsten per arbetad timme minskade (Andrén & Palmer 2001). Analyser av sambandet mellan sjukskrivning och arbetslöshet visar att de som någon gång varit sjukskrivna för arbetsorsakade besvär under 1991–92 hade högre risk att drabbas av arbetslöshet under lågkonjunkturen jämfört med övriga, samt att de som varit sjukskrivna i stor utsträckning lämnade arbetslivet helt (Hemmingsson 2004; Wikman 2004). Även korta sjukskrivningsperioder innebar en ökad risk för arbetslöshet. Särskilt under en lågkonjunktur tycks alltså de med sjukskrivning riskera en försvagad arbetsmarknadsanknytning. En tidigare studie inom SAFIR-utredningen som undersökte sambandet mellan sjuk-

skrivning och dödlighet har visat att långvarig sjukskrivning och förtidspension var en oberoende prediktor för förtidig död även efter kontroll för en rad faktorer inklusive social klass, rökning, ekonomiska svårigheter och självrapporterade sjukdomar (Lindholm & Fredlund 2004).

Inom ramen för den statliga utredningen "Handlingsplan för bättre hälsa i arbetslivet" (SOU 2002:5) och i samband med SBU:s kunskapsöversikt utförde Arbetslivsinstitutet en studie av långtidssjukskrivnas livssituation (Floderus m fl 2003). Materialet var dels personer som varit sjukskrivna en längre tid (12–18 mån) samt sådana som avslutat en längre sjukskrivningsperiod för upp till sex månader sedan. I fokus låg vilka effekter som själva sjukskrivningen (snarare än den initiala ohälsan) haft på livssituationen. Resultatet visade att 81 procent svarade att ekonomin påverkats negativt av sjukskrivningen. En positiv effekt som sjukskrivningen haft med sig var minskat alkoholbruk, som nämnades av 23 procent. Annars dominerade en negativ påverkan vad gällde möjlighet och lust för fritidsaktiviteter (68 procent), sömnen (66 procent), den psykiska hälsan (61 procent) samt engagemang i föreningslivet, sociala och familjeaktiviteter. Viss negativ effekt hade sjukskrivningen också på nära relationer och levnadsvanor. Områden där sjukskrivningen lika ofta haft en positiv som negativ inverkan var relation med egna barn samt rökvanor.

Det fanns i detta material klara könsskillnader, då kvinnor oftare än män uppgav positiva effekter. Detta gällde främst levnadsvanor liksom nära sociala relationer. De negativa effekterna övervägde dock även för kvinnor, utom vad gällde relationen till egna barn. Vissa åldersskillnader fanns också. De negativa konsekvenserna var vanligare bland dem under 50 år. Detta gällde särskilt nära sociala relationer samt hur man ser på sig själv. Dessutom var det vanligare att yngre rapporterade att de kände utanförskap eller skuld känslor i samband med sjukskrivningen.

För dem som hade sjukskrivits med en psykisk diagnos fanns en tydlig polarisering, då andelen som uppgav positiva liksom negativa effekter var högre än för gruppen som helhet. Även här övervägde dock de negativa effekterna klart. Bland dem med muskuloskeletala diagnoser saknades denna polarisering, då det var mycket få som uppgav positiva effekter, och fler som uppgav negativa.

Studien visar sammantaget att det fanns stora individuella skillnader i konsekvenser av långvarig sjukskrivning beroende på ålder, kön och diagnos, men att negativa effekter klart övervägde. Slutsatsen var att teoriut-

veckling och prospektiva studier krävs för att få mer kunskap inom området.

Har sjukskrivning i sig negativa effekter?

Eftersom forskningen om sociala, ekonomiska och psykiska konsekvenser av sjukskrivning är så knapp, saknas också en teoretisk bas. Många av de teorier som behandlar arbetslöshet bör dock vara relevanta även för situationen vid långtidssjukskrivning – individen upplever samma förlust av arbete och de olika funktioner detta fyller. Som vi sett leder långtidssjukskrivning ofta till ekonomiska problem, man kan uppleva stressreaktioner och kan bemötas på ett sätt som leder till skamkänslor (sjukrollen bör dock på ett annat sätt skydda mot andras kritik liksom egna känslor av skam) (Grossi 1999; Parsons 1991/51; Rantakeisu m fl 1999; Strandh 2000). Liksom arbetslösa kan den sjukskrivne uppleva att man "valsas runt" mellan olika instanser vilket kan leda till passivisering och inlärld hjälplöshet (Fryer 1986; Hammarström 1996).

Ezzy (1993) har föreslagit en allmän teori om "arbetsförlust" där arbetslöshet (eller sjukskrivning) ses som en separationspassage, vilken skiljer individen från ett socialt sammanhang, innebär en förlust av social status, eller associeras med misslyckande i att kvarhålla eller fortsätta i en roll. Som Ockander och Timpka (2003) påpekar inbegriper en sjukskrivning både arbetsförlust och förlust av hälsa. Enligt Ezzy kan psykisk ohälsa efter arbetsförlust ses som en effekt av ett misslyckande att finna mening i tillvaron, och eventuella konsekvenser av arbetsförlust måste ses i skenet av arbetets betydelse för individen och hur det förhåller sig till individens allmänna livsprojekt. I Ockanders och Timpkas studie visade det sig att de som lyckats omorganisera sina livsmål och hittade andra meningsfulla uppgifter – som resignerat inför situationen – också mädde bäst psykiskt. De hade också lägst motivation att komma tillbaka till arbetet.

Det uppstår då en konflikt mellan samhällets krav – att aktivt arbeta mot att bli frisk – och den egna psykiska hälsan under en långvarig sjukskrivning. I den situationen kan det bli lätt att träda in i en avvikande sjukroll (Parsons 1991), vilket med tiden ofta leder till en förtidspension. Omvänt kan det för den som aktivt söker hjälp och snabbt vill komma tillbaka till arbetet upplevas frustrerande att på grund av långa handläggningstider hindras i sina planer, som fortfarande centreras kring arbetet. Sjukskrivningen liksom sjukdomen innebär en begränsning som hotar viktiga mål, och tillsammans

med den ekonomiskt pressade situationen finns en stark grogrund för stressreaktioner och depression.

Dessa hypoteser beskriver dock en akut situation under själva sjukskrivningen, och vi vet inte mycket om de långvariga effekterna, och inte heller hur lång en sjukskrivning behöver vara för att negativa effekter ska kunna avläsas. Det är viktigt att komma ihåg att den sjukskrivnes upplevelse inte sker i ett vakuum, utan att sjukdomens art, arbetsplatsens sjukflexibilitet och önskan att återta den sjukskrivne, samt vårdens och försäkringskassans insatser är avgörande för hur en långtidssjukskrivning utvecklar sig liksom de konsekvenser den får.

Frågeställningar

De studier som utförts visar alltså att negativa effekter tycks överväga vid långvarig sjukskrivning, men detta är starkt beroende av livssituation och sjukdomsdiagnos. Tidigare studier visar också att långtidssjukskrivna är i riskzonen för en försvagad arbetsmarknadsanknytning. Både akuta och mer långsiktiga effekter kan dock vara svåra att skilja från den initiala sjukdomen eller skadan. Fördelen med denna studie är att vi kan kontrollera för sjukdom, samt att vi kunnat följa långtidssjukskrivna under en längre tidsperiod än tidigare undersökningar.

Har sjukskrivning en negativ effekt på arbetsmarknadsanknytning, ekonomi och sociala relationer även på längre sikt, och i så fall vid vilken sjukskrivningslängd? Är denna effekt oberoende av upplevd sjukdom eller skada vid sjukskrivningstillfället? En annan fråga är om effekten av sjukskrivning påverkas av vilka sjukdomar eller besvär man har initialt. Detta är de frågeställningar som belyses i följande undersökning.

Material och metod

Datamaterialet är från Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). ULF-undersökningarna bedrivs sedan 1975 som årliga intervjuundersökningar på uppdrag av Sveriges riksdag. Syftet är att förlöpande belysa fördelningen och utvecklingen av centrala välfärdskomponenter som ett underlag för forskning, samhällsdebatt och reformarbete (SCB 1976). Bortfallet varierar mellan 13,4 procent (1982) och 23,4 procent (1999). Här används studiens paneldel för att kunna följa individer över tid. Av dem som intervjuas varje år kommer 50 procent att efter åtta år åter ingå i urvalet.

Till ULF-databasen har lagts antal ersatta sjukpenningdagar under det första intervjuåret från RFV:s register. Förändringarna inom sjukförsäkringens område har varit många under 1990-talet, med införandet av sjuklöneperioden 1992 och ett antal förändringar av dess längd efter det. För att få ett jämförbart material vid sammanslagning av undersökningsår har vi därför begränsat tidsperioden till de tio årgångar som intervjuades första gången något av åren 1981–91 (1984 saknas då sjukpenningdata inte finns för detta år), det vill säga fram till det år sjuklöneperioden infördes. Dessa individer har sedan återintervjuats efter åtta år, 1989–99. Materialet består enbart av personer som vid det andra intervjutillfället (T2) inte har fyllt 65 år. Vid det första intervjutillfället (T1) är de 20–56 år. Enbart de som vid T1 är i arbetskraften och därmed berättigade till sjukpenning, det vill säga anställda, egna företagare eller korttidsarbetslösa, har tagits med i analyserna. Långvarigt arbetslösa (över sex månader) har inte tagits med då de kan tänkas vara redan ”delvis utslagna”. Totalt kvarstår då 14 663 individer, varav 51,4 procent är män.

Analys och variabler

Vi kommer att använda oss av en kategorisering av sjukfrånvaro i fyra grupper: 0, 1–14, 15–59 samt 60 dagar eller över. Som mest kan intervjupersonerna ha 365 dagar, alltså sjukskrivning under hela året. Det finns inga givna kategorier men vårt motiv har varit att särskilja dels personer utan sjukskrivningsdagar från övriga, samt att skilja ut en grupp med korta sjukskrivningsperioder, varav de flesta inte har behövt sjukintyg, från sådana med medellånga och långvariga sjukskrivningar. En ofta använd gräns för långa sjukfall är 60 dagar eller mer och det är fortfarande tillräckligt med individer i gruppen för vidare analyser. Tre utfall kommer att undersökas: arbetsmarknadsanknytning, ekonomisk situation samt sociala relationer.

Arbetsmarknadsanknytning har dikotomiserats. De som är anställda, företagare eller korttidsarbetslösa anses ha hög anknytningsgrad, medan de som är förtidspensionärer eller långvarigt sjukskrivna (hela året), ålderspensionärer, långvarigt arbetslösa (över sex månader), studerande eller hemarbetande har låg anknytningsgrad. Dessa uppgifter är självrapporterade och avser ”huvudsaklig sysselsättning”, vi kan alltså inte se om någon till exempel är förtidspensionär på deltid. Den ekonomiska situationen har mätts med indikatorn ekonomisk kris, som speglar mer allvarliga ekonomiska bekymmer. Den formuleras som: ”Har det under de senaste 12 må-

naderna hänt att du haft svårigheter med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera?” Frågan om ekonomisk kris saknas för panelen 1985–93, varför materialet i dessa analyser är en årgång mindre.

Sociala relationer har mätts med två olika indikatorer. Flodérus och medarbetares (2003) studie visade att medan relationer inom familjen kunde påverkas positivt, var den negativa effekten på fritidsaktiviteter mycket kraftig. Här har vi undersökt hur umgänge utanför hushållet (vilket kan ses som ett närmevärde för fritidsaktiviteter som innefattar sociala kontakter) påverkas på lång sikt. Som indikator på familjerelationer har vi använt oss av variabeln ensamstående. Endast individer som vid T1 inte har en marginaliserad arbetsmarknadsposition, inte har ekonomisk kris respektive inte saknar umgänge utanför hushåller/är ensamstående, det vill säga som saknar den studerade egenskapen vid T1, kommer att medtas i respektive analys.

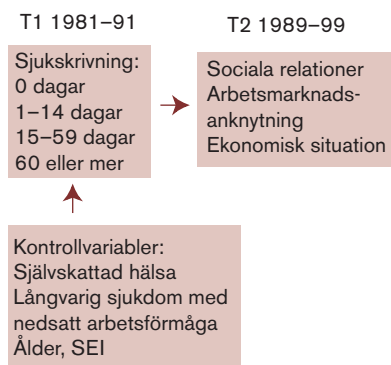
Två analyser kommer att utföras: i den ena undersöks effekten av antal ersatta sjukpenningdagar på de valda utfallen, dels för sig, dels kontrollerat för olika faktorer inklusive hälsotillstånd. Kontrollvariabler är ålder samt socioekonomisk grupp (SEI). En av de två hälsovariablerna är självskattad hälsa vilket mäts med frågan: ”Hur bedömer Ni Ert allmänna hälsotillstånd?” Svarsalternativen är gott, dåligt och något däremellan. De två senaste har i analyserna slagits ihop till en grupp. Vi kontrollerar också för långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga – denna begränsning har gjorts då långvarig sjukdom i sig är så vanligt i dag, cirka 40 procent uppger att de har ”någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet”. Negativa effekter kan tänkas vara särskilt vanliga då sjukdom har konsekvenser för arbetsförmågan.

I den andra analysen jämförs sjukskrivna med 60–366 sjukpenningdagar med två olika typer av sjukdom eller besvär med övriga långtidssjukskrivna. Dessa har valts då de omfattar de idag vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna, psykiska samt muskeloskeletala sjukdomar. I detta fall har vi dock inte haft tillgång till diagnoserna utan uppgifterna kommer från en uppföljningsfråga till alla som har uppgett att de har en långvarig sjukdom.

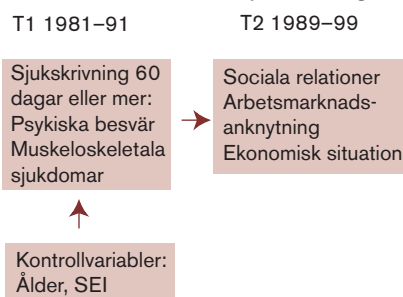
Då det bara finns två mättillfällen med åtta års mellanrum (T1: 1981–1991, T2: 1989–1999) vet vi inte när utfallen äger rum. Det enda vi kan säga är att utfallen kommit efter intervjun vid T1 och före intervjun vid T2. Vi har därför använt oss av Cox regression där tidsintervallet finns med som dummy-variabel för att beräkna risk att drabbas av utfallen. Med denna

metod sätts tidsvariabeln till 2 om man inte drabbas av utfallen och till 1 om man drabbats. Metoden medger att resultaten kan tolkas som relativa risker (Clayton & Hills 1993). Män och kvinnor analyseras separat.

Samband mellan sjukskrivning och sociala och ekonomiska konsekvenser



Effekten av en specifik sjukdom för dem med omfattande sjukskrivning



Felkällor

Detta är en prospektiv studie med en lång uppföljningstid, åtta år mellan första och andra intervjutillfället. Mycket kan alltså ha hänt under den mellanliggande tiden, inklusive nya sjukskrivningsperioder, arbetslöshet och svåra livshändelser. Vi saknar dock kunskap om förhållandena under den tidsperioden. Fler problem med studien är att vi har kunskap om antal sjukpenningdagar, men inte antal tillfällen. Vi vet alltså inte om en sjukskrivning på till exempel 60 dagar består av ett tillfälle med en längre tids sjukskrivning eller flera kortare sjukskrivningsperioder. I texten kommer begreppet mer eller mindre omfattande sjukskrivning att användas, men för enkelhetens skull används ibland uttryck som långtidssjukskrivna. Det som avses är dock antal ersatta sjukpenningdagar. Eftersom vi enbart har uppgifter under det kalenderår respondenten blev intervjuad kommer dessutom vissa med längre sjukskrivningsperioder att felklassificeras, vilket minskar eventuella samband.

En källa till mätfel i studien kan vara att de områden som här berörs; ekonomiska bekymmer, problem på arbetsmarknaden och social isolering,

ofta uppfattas som känsliga och därför underrapporteras. Underrapportering är dock knappast vanligare bland dem med mer omfattande sjukskrivning åtta år tidigare än bland andra. Däremot kan man tänka sig att bortfallet är större bland långtidssjukskrivna och att dessa alltså är underrepresenterade. I den meningen är de som finns med i studien att betrakta som ett selekterat urval med förmodligen mindre sociala och ekonomiska problem än andra långtidssjukskrivna. I och med att detta är en panelundersökning förstärks bortfallets betydelse. Detta förhållande gäller även för andra grupper, men är kanske mindre markant. Resultatet kan bli att sambandet mellan sjukskrivning och negativa konsekvenser försvagas.

Resultat

Totalt i analyserna ingår 14 663 individer som vid T1 är i åldern 20–56 år och som är antingen anställda, egna företagare eller arbetslösa (med undantag för långvarigt arbetslösa). Tabell 10.1 visar hur de fördelar sig över olika sjukfrånvarogrupper vid det första intervjuåret.

Vi kan konstatera att den största gruppen för både män och kvinnor är personer med 1–14 dagars sjukskrivning (43 procent). Detta kan sägas vara vår "normalgrupp". De som inte har någon dag med sjukpenning alls är en större grupp bland män, hela 36 procent mot 27 procent. Detta kan bero på skillnader i faktisk sjuklighet, liksom skillnader i graden av arbetsplatsens sjukflexibilitet samt krav utanför arbetet vilka kan fungera som frånvaroincitament (se kapitel 9). I gruppen helt utan ersatta sjukpenningdagar är andelen företagare hela 22,5 procent bland män, mot 11,8 procent totalt (visas ej). Även bland kvinnor är andelen företagare högre här, men knappt hälften av männens (13,2 procent). En bidragande orsak till mäns högre andel bland dem utan ersatt sjukpenning är alltså att andelen företagare är högre bland män. Företagare och i synnerhet egenföretagare utan anställda har förmodligen mycket stora problem att vara sjukfrånvarande. Det är dessutom vanligt med lång karenstid bland företagare, de får själva välja en karenstid på tre eller 30 dagar och får i det senare fallet en lägre egenavgift.

Tabell 10.1. Sjukskrivning vid T1, män och kvinnor 20–56 år 1981–91. Procent.

	Antal dagar med sjukpenning vid T1				Antal
	0	1–14	15–59	60–365	
Män	36,4	42,5	15,5	5,7	7 537
Kvinnor	26,6	42,9	20,8	9,8	7 126

För övrigt finns könsskillnader i andelen med mer omfattande sjukskrivningar. Bland kvinnor är sjukskrivning på 60 dagar eller mer nästan dubbelt så vanligt (tio procent mot sex).

Åldersfördelningen i de olika sjukskrivningsgrupperna ser liknande ut för kvinnor och män. Gruppen med noll dagar liksom den med 60 eller fler dagar har den högsta andelen äldre (45–56 år) – men bland kvinnor är detta inte alls lika utmärkande för den senare gruppen. Här kan möjligen sjukskrivningar vid graviditet spela en roll. Möjlighet finns inte i ULF-materialet att utesluta gravida, och det kan innebära att gruppen med ett stort antal sjukpenningdagar är en mindre avvikande grupp för kvinnor. RFV uppskattar att bland kvinnor 16–44 år är en fjärdedel av sjukskrivningarna längre än 14 dagar graviditetsrelaterade (RFV 2004).

När vi undersöker sjukskrivna i olika socioekonomiska grupper, ses ett tydligt klassmönster. Att ha noll dagar är vanligast bland högre tjänstemän och minst vanligt bland ej facklärdas arbetare för både män och kvinnor, medan det motsatta gäller för långa sjukskrivningar. För män utmärker sig högre tjänstemän också med en mycket låg andel sjukskrivningar 15–59 dagar. Särskilt bland kvinnor har ej facklärdas arbetare en högre andel med långa sjukskrivningar, medan skillnaderna mellan facklärdas arbetare samt lägre och mellantjänstemän är små. Klasskillnaderna är förmodligen en blandning av faktiska skillnader i sjukdom eller funktionsnedsättning, varav en del direkt relaterat till arbetet, samt skillnader i möjligheten att anpassa arbetet efter prestationsförmåga. De som har ett arbete med mycket fysisk aktivitet och kontakt med kunder, patienter och så vidare har till exempel svårare att gå till arbetet vid en förkylning än de med ett mer isolerat eller stillasittande jobb.

Samband med arbetsmarknadsanknytning

Vid T2 är det totalt tio procent av männen och 14 procent av kvinnorna som har låg arbetsmarknadsanknytning definierat som att vara förtidspensionär eller långvarigt sjukskriven (hela året), ålderspensionärer innan 65 års ålder, långvarigt arbetslös (över sex månader), student eller hemarbetare. Skillnaden mellan män och kvinnor återfinns bland dem med mindre omfattande sjukskrivning. Låg arbetsmarknadsanknytning är vanligare bland personer med omfattande sjukskrivning (tabell 10.2). Speciellt stor är skillnaden mellan individer med 60–365 dagar och övriga. Av dem med högst antal dagar är det cirka en tredjedel som åtta år senare har låg arbetsmark-

nadsanknytning, vilket är dubbelt så hög andel som i gruppen med 15–59 dagars sjukskrivning. Dessa i sin tur har betydligt högre andel än personer med kortare sjukskrivningstid. Lägst andel med låg arbetsmarknadsanknytning finner vi i vår normalgrupp med 1–14 dagars sjukskrivning vid T1.

Tabell 10.2. Låg arbetsmarknadsanknytning vid T2 i grupper med olika omfattande sjukskrivning vid T1. Procent och (antal).

Låg arbetsmarknadsanknytning	Antal dagar med sjukpenning					N
	0	1–14	15–59	60–365	Totalt	
Män	8,1 (221)	4,4 (238)	13,8 (161)	30,9 (132)	10,0 (752)	7 537
Kvinnor	12,0 (227)	10,6 (324)	16,3 (241)	31,1 (217)	14,2 (1 009)	7 126

Som vi kan se i tabell 10.3 är det absolut vanligast att omfattande sjukskrivning leder till förtidspension, cirka 20 procent inom gruppen har blivit förtidspensionärer vid T2. Skillnaden mellan denna grupp och övriga är stor. Detta utfall är lika vanligt för män som för kvinnor, och utfallen är över huvud taget likartade för män och kvinnor. Det finns en könsskillnad i att

Tabell 10.3. Arbetsmarknadsanknytning vid T2 för grupper med olika omfattande sjukskrivning vid T1. Procent.

Arbetsmarknadsanknytning	Antal dagar med sjukpenning			
	0	1–14	15–59	60–365
<i>Män</i>				
Förtidspensionär	2,4	2,3	4,6	19,7
Sjukskriven 365+	0,5	0,4	1,0	2,6
Ålderspensionär	1,2	0,8	0,9	1,9
Långvarigt arbetslösa	1,8	1,9	3,5	3,8
Hemarbetande	0,4	0,5	0,7	0,7
Studerande	1,0	1,2	2,6	1,2
Uppgift saknas	0,8	0,4	0,5	1,2
Hög anknytningsgrad	91,9	92,6	86,2	69,1
N	2 740	3 205	1 165	427
<i>Kvinnor</i>				
Förtidspensionär	3,2	2,5	5,3	19,8
Sjukskriven 365+	0,4	0,8	1,5	1,4
Ålderspensionär	1,2	1,0	0,9	0,4
Långvarigt arbetslösa	1,8	1,5	3,0	1,7
Hemarbetande	3,8	2,2	2,6	3,9
Studerande	1,1	2,1	2,9	3,2
Uppgift saknas	0,9	0,5	0,3	0,7
Hög anknytningsgrad	88,0	89,4	83,7	68,9
N	1 895	3 054	1 480	697

kvinnor fortfarande återfinns inom gruppen hemarbetande (som mest knappt fyra procent) samtidigt som män med omfattande sjukskrivning i större utsträckning är långvarigt arbetslösa (även denna grupp är knappt fyra procent). Skillnaden mellan dessa grupper är att hemarbetande inte uppbär någon ersättning. Andelen studerande i gruppen med mest sjukskrivning är också högre bland kvinnor (vilket delvis kan bero på att kvinnor i denna grupp är något yngre).

För att undersöka sambandet mellan sjukskrivning och arbetsmarknadsanknytning kontrollerat för ålder, socioekonomisk grupp och hälsa utfördes regressionsanalyser. Resultatet visar att sambandet med sjukskrivning genomgående är starkare för män än för kvinnor. Sambandet minskar avsevärt för både män och kvinnor efter kontroll för ålder och socioekonomisk grupp, störst är minskningen för män. Detta tyder på att gruppen män med mer omfattande sjukskrivning är mer avvikande än kvinnor vad gäller dessa faktorer.

Gruppen med 60–366 sjukpenningdagar har för män 5,1 gånger och för kvinnor 3,5 gånger högre risk för låg arbetsmarknadsanknytning. Även personer med 15–59 dagar har en signifikant överrisk. Detta samband skulle dock kunna vara en effekt av det sämre hälsoläget bland sjukskrivna. Efter kontroll för självskattad hälsa och långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga kvarstår sambandet med låg arbetsmarknadsanknytning om än något försvagat. Speciellt stor är skillnaden för män i gruppen med flest

Tabell 10.4. Relativ risk för låg arbetsmarknadsanknytning för grupper med olika omfattande sjukskrivning.

Antal dagar med sjukpenning	Basmodell Justerad för ålder	Modell 2 Justerad för ålder och SEI	Modell 3 Justerad för ålder, SEI, självskattad hälsa och långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
<i>Män</i>			
0	1	1	1
1–14	1,08 (0,89–1,31)	1,02 (0,84–1,24)	0,97 (0,80–1,19)
15–59	2,25 (1,79–2,82)	1,99 (1,58–2,51)	1,78 (1,41–2,26)
60–365	5,89 (4,53–7,65)	5,06 (3,87–6,62)	3,43 (2,55–4,62)
<i>Kvinnor</i>			
0	1	1	1
1–14	0,97 (0,80–1,17)	0,98 (0,81–1,18)	0,96 (0,79–1,16)
15–59	1,64 (1,34–2,00)	1,54 (1,25–1,89)	1,33 (1,08–1,64)
60–365	3,85 (3,08–4,81)	3,52 (2,81–4,41)	2,24 (1,75–2,86)

antal sjukpenningdagar, medan hälsotillståndet inte påverkar sambandet mycket i den grupp som har 15–59 dagars sjukskrivning. Gruppen med mest omfattande sjukskrivning vid T1 har för män 3,4 gånger och för kvinnor 2,2 gånger högre risk att vid T2 ha en låg arbetsmarknadsanknytning, och även för dem med måttligt hög sjukfrånvaro finns en riskökning på mellan 30 och 80 procent. Att riskökningen är större för män beror på att referenskategorin med noll dagar har en särskilt gynnsam position bland män, snarare än att män med mer omfattande sjukskrivning är särskilt drabbade. I en analys, som inte visas här, där män och kvinnor inom den högsta sjukskrivningskategorin jämförs med varandra finns inga signifikanta skillnader, inte heller efter kontroll för ålder, SEI och hälsovariablerna.

Samband med ekonomisk situation

Den ekonomiska situationen har mätts med indikatorn ekonomisk kris, som speglar mer allvarliga ekonomiska bekymmer. Av dem som vid T1 hade noll dagar med sjukpenning är det mindre än tio procent av både män och kvinnor som vid den senare intervjun har haft ekonomisk kris. Detta ökar gradvis ju fler dagar med sjukpenning man haft och är för både män och kvinnor med sjukskrivning 60–366 dagar 23 procent. Konsekvenserna är alltså mycket lika för män och kvinnor inom samma kategori.

Tabell 10.5. Ekonomisk kris vid T2 i grupper med olika omfattande sjukskrivning vid T1. Procent och (antal).

Andel med ekonomisk kris	Antal dagar med sjukpenning				Antal
	0	1–14	15–59	60–365	
Män	8,9 (220)	11,8 (337)	19,2 (203)	22,8 (87)	6 758
Kvinnor	9,8 (166)	12,6 (340)	20,1 (270)	22,7 (144)	6 352

Resultatet av regressionsanalysen visar att även här minskar sambandet vid kontroll för ålder samt socioekonomisk grupp. Fortfarande har dock de som haft en sjukskrivning på 60–366 sjukpenningdagar två till tre gånger så hög risk att ha ekonomisk kris än den som inte haft någon sjukdag. Men kan detta förklaras av själva sjukskrivningen eller beror det på sjukdom? I modell 3 har vi kontrollerat för självskattad hälsa och långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga. Liksom för låg arbetsmarknadsanknytning kvarstår ett starkt samband, särskilt för män. Hälsoskillnader är i dessa analyser mindre viktiga för det ursprungliga sambandet mellan sjukskrivning och

Tabell 10.6. Relativ risk för ekonomisk kris för grupper med olika omfattande sjukskrivning.

Antal dagar med sjukpenning	Basmodell Justerad för ålder	Modell 2 Justerad för ålder och SEI	Justerad för ålder, SEI, självskattad hälsa och långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga
<i>Män</i>			
0	1	1	1
1–14	1,16 (0,92–1,47)	1,14 (0,89–1,44)	1,12 (0,89–1,43)
15–59	1,90 (1,42–2,52)	1,71 (1,28–2,29)	1,63 (1,21–2,19)
60–365	3,65 (2,51–5,32)	3,15 (2,14–4,62)	2,56 (1,69–3,88)
<i>Kvinnor</i>			
0	1	1	1
1–14	1,13 (0,87–1,47)	1,14 (0,88–1,49)	1,13 (0,86–1,47)
15–59	1,55 (1,16–2,09)	1,52 (1,13–2,05)	1,45 (1,07–1,96)
60–365	1,90 (1,34–2,69)	1,90 (1,33–2,70)	1,64 (1,13–2,38)

ekonomisk kris än det var för arbetsmarknadsanknytning. Risken att vid t2 uppleva ekonomisk kris är för den högsta sjukskrivningsgruppen nästan 2,6 gånger högre bland män, och drygt 1,6 gånger högre för kvinnor, och riskökningen för dem med 15–59 dagar är cirka 50–60 procent. Även här kan skillnaderna i riskökning mellan män och kvinnor förklaras av att referenskategorierna skiljer sig åt, då det visar sig att om man jämför män och kvinnor inom gruppen med mest omfattande sjukskrivning har de lika hög risk för ekonomisk kris.

Samband med sociala relationer

Att ekonomiska förhållanden och arbetsmarknadsanknytning visar på liknande starka samband med sjukskrivning är kanske inte så förvånande. Det är svårare att ha en hypotes om hur sociala relationer kan tänkas påverkas på lång sikt av sjukskrivning. Under en sjukskrivning kan man tänka sig att även aktiviteter utanför arbetet påverkas negativt (vilket ju också tidigare studier visar) men det är också möjligt att sjukskrivning från arbetet ger mer tid till nära sociala relationer. Det är dock troligt att de negativa effekter vi sett på ekonomi och arbetsmarknadsanknytning även återspeglas i begränsade möjligheter på fritiden och påfrestningen på sociala relationer.

Som tabell 10.7 visar finner vi inget samband alls mellan sjukskrivning och umgänge utanför hushållet åtta år senare. Detta bekräftas i regressionsanalyserna, där skillnaden mellan individer med noll sjukskrivning och övriga med ett undantag aldrig är signifikant (visas ej).

Tabell 10.7. Umgänge utanför hushållet vid T2 bland grupper med olika omfattande sjukskrivning vid T1. Procent och (antal).

Andel utan umgänge utan- för hushållet	Antal dagar med sjukpenning				Antal
	0	1–14	15–59	60–365	
Män	11,31 (263)	12,84 (360)	10,51 (109)	10,85 (41)	6 545
Kvinnor	9,72 (161)	9,79 (269)	9,08 (122)	8,26 (53)	6 390

Tabell 10.8. Andel ensamstående vid T2 bland grupper med olika omfattande sjukskrivning vid T1. Procent och (antal).

Andel ensam- stående	Antal dagar med sjukfrånvaro				Antal
	0	1–14	15–59	60–365	
Män	7,34 (150)	10,07 (234)	10,78 (84)	14,84 (42)	5 430
Kvinnor	9,69 (148)	9,88 (228)	13,44 (143)	13,99 (75)	5 436

Däremot finner vi ett klart samband mellan antal sjukpenningdagar och andel som blivit ensamstående åtta år senare (tabell 10.8). Sambandet är något starkare för män men tydligt även för kvinnor. För män finns de stora skillnaderna mellan gruppen med längst sjukskrivning och övriga, medan de med 15–59 dagar bland kvinnor har lika stor andel som gruppen med den högsta nivån.

I regressionsanalysen kvarstår detta samband, och det påverkas inte mycket efter kontroll för ålder, SEI, självskattad hälsa eller långvarig sjuk-

Tabell 10.9. Relativ risk för att bli ensamstående för grupper med olika omfattande sjukskrivning.

Antal dagar med sjuk- penning	Basmodell Justerad för ålder	Modell 2 Justerad för ålder och SEI	Justerad för ålder, SEI, själv- skattad hälsa och långvarig sjuk- dom med nedsatt arbetsförmåga
<i>Män</i>			
0	1	1	1
1–14	1,28 (1,03–1,59)	1,24 (1,00–1,55)	1,24 (0,99–1,54)
15–59	1,38 (1,04–1,83)	1,29 (0,96–1,73)	1,29 (0,96–1,72)
60–365	2,21 (1,53–3,21)	2,03 (1,39–2,96)	1,93 (1,29–2,91)
<i>Kvinnor</i>			
0	1	1	1
1–14	1,00 (0,81–1,25)	0,99 (0,79–1,23)	0,98 (0,78–1,22)
15–59	1,43 (1,12–1,83)	1,39 (1,08–1,78)	1,37 (1,07–1,76)
60–365	1,50 (1,11–2,02)	1,44 (1,06–1,95)	1,41 (1,02–1,95)

dom med nedsatt arbetsförmåga. Gruppen samboende med längre sjukskrivning är alltså inte lika avvikande med avseende på någon av dessa faktorer som sjukskrivna i tidigare analyser. Risken att åtta år senare ha blivit ensamstående är för män i den högsta sjukskrivningskategorin cirka två gånger högre än för dem utan sjukskrivning. För kvinnor är riskökningen för de två grupperna med längst sjukskrivningstid cirka 40 procent. Att män verkligen drabbas mer av denna konsekvens bekräftas av att inom den högsta sjukskrivningskategorin har män en signifikant överrisk på cirka 1,5 gånger i jämförelse med kvinnor (visas ej).

Finns det skillnader beroende på typ av sjukdom eller besvär?

I följande analyser har vi studerat effekten av två specifika självrapporterade sjukdomskategorier: psykiska sjukdomar och muskeloskeletal besvär, genom att undersöka deras samband med de olika utfallen för gruppen med 60–365 dagars sjukskrivning. Referensgrupp är sjukskrivna utan den specifika sjukdomen. På samma sätt som tidigare har vi undersökt incidensen, det vill säga enbart inkluderat dem som inte haft utfallet vid T1. Detta innebär ibland att grupperna blir små, vilket kan ge stora konfidensintervall.

För män kan vi konstatera att de som uppgett psykisk sjukdom har en mycket förhöjd risk för låg arbetsmarknadsanknytning i jämförelse med sjukskrivna utan psykisk sjukdom efter kontroll för ålder och SEI, med en relativ risk på hela 10,9 (tabell 10.10). Skattningen är osäker på grund av att antalet med psykisk sjukdom i analysen bara är 16 personer. Av dessa är det

Tabell 10.10. Relativ risk för sociala och ekonomiska konsekvenser för sjukskrivna 60–366 dagar vid psykisk sjukdom samt muskeloskeletal besvär, kontrollerat för ålder och SEI.

	Män		Kvinnor	
	Psykisk sjukdom	Muskeloskeletal besvär	Psykisk sjukdom	Muskeloskeletal besvär
Låg arbetsmarknadsanknytning	10,93 (3,05–39,13)	1,11 (0,69–1,81)	2,21 (1,04–4,73)	1,63 (1,11–2,40)
Ekonomisk kris	2,73 (0,50–15,06)	0,58 (0,28–1,31)	3,60 (1,11–11,67)	0,87 (0,42–1,78)
Inget umgänge utom hushållet	4,38 (1,33–14,41)	0,93 (0,44–1,98)	1,89 (0,61–5,84)	0,73 (0,36–1,49)
Ensamstående	-	1,28 (0,62–2,64)	0,88 (0,25–3,13)	0,79 (0,44–1,43)

dock 75 procent mot 30 procent av övriga som har låg anknytningsgrad. För kvinnor finner vi en betydligt mindre men signifikant överrisk på 2,2. Gruppen med muskeloskeletala besvär är betydligt större än gruppen med psykisk sjukdom, cirka en tredjedel av långtidssjukskrivna män och kvinnor uppger sådana. De med muskeloskeletala besvär vid T1 har ingen överrisk för låg arbetsmarknadsanknytning i jämförelse med övriga sjukskrivna bland män efter kontroll för ålder och SEI. Bland kvinnor har de dock en överrisk på 60 procent.

Sambandet mellan psykisk sjukdom och ekonomisk kris är för män inte signifikant. Antalet som har psykisk sjukdom och inte ekonomisk kris vid T1 är bara åtta personer i analyserna vilket ger stor osäkerhet i skattningen. För kvinnor finns en överrisk på 3,6 för dem med psykisk sjukdom efter kontroll för ålder och SEI i jämförelse med övriga sjukskrivna. För både män och kvinnor har personer med muskeloskeletala besvär lägre andel med ekonomisk kris än för dem utan sådana besvär. Detta samband är dock inte signifikant.

För män finns ett starkt samband mellan psykisk sjukdom och att sakna umgänge utanför hushållet, med en relativ risk på 4,4. För kvinnor finns ett svagare samband som inte är signifikant. Vad gäller ensamstående är gruppen män med psykisk sjukdom så liten att någon analys inte är möjlig att genomföra. För kvinnor finns inget samband. Varken för män eller kvinnor finns det något samband mellan muskeloskeletala besvär och brist på umgänge utanför hushållet, och heller inte med ensamstående vid T2. Med undantag för psykisk sjukdom hos män tycks det alltså inte finnas några större skillnader mellan sjukdomsgrupperna för dessa variabler.

För att undvika problemet med små tal har vi utfört samma analyser men för gruppen 15–365 dagars sjukskrivning. De skillnader som finns mot analyserna ovan gäller främst gruppen med psykisk sjukdom medan det för muskeloskeletala besvär inte händer så mycket. Med denna indelning kommer den extrema överrisken för låg arbetsmarknadsanknytning för män med psykisk sjukdom att minska från 10,9 till 4,5. Risken för ekonomisk kris är fortfarande icke signifikant. En annan skillnad är att för kvinnor med psykisk sjukdom ökar risken att bli ensamstående från en insignifikant underrisk till en överrisk på 2,2. Samma utfall ger för män med psykisk sjukdom fortfarande en icke signifikant skillnad. Överrisken för denna grupp att sakna umgänge minskar samtidigt från 4,4 till 2,9. Den generella bilden av överrisker för dem med psykisk sjukdom kvarstår alltså.

Diskussion

Denna studie har analyserat sociala och ekonomiska konsekvenser av sjukskrivning av olika längd, kontrollerat för ålder, socioekonomisk grupp och sjukdom i form av självrapporterad hälsa och långvarig sjukdom med ned-satt arbetsförmåga. Resultaten visar på klara samband mellan sjukskrivningens längd och låg arbetsmarknadsanknytning, ekonomisk kris, samt sociala relationer i form av risken att bli ensamstående åtta år efter sjukskrivningsåret. Analyserna visar också att risken att drabbas av de olika konsekvenserna tenderar att vara högre för dem som har en psykisk sjukdom än för övriga sjukskrivna.

Ett inbyggt problem med den långa uppföljningsperioden är att vi inte vet hur processen från sjukskrivning till utfallet ser ut, och det inbegriper utvecklingen av den initiala sjukdomen. Grupper som har haft samma utgångsläge vid T1 kan ha utvecklat sig olika. Vi vet inte heller hur stor del sjukskrivningen i sig haft för detta. Det är viktigt att påpeka att trots riskökningen har den stora majoriteten av sjukskrivna oavsett antal sjukpenningdagar inte drabbats av försvagad anknytning till arbetsmarknaden eller av ekonomisk kris åtta år senare. Det är alltså för en minoritet som långvarig sjukskrivning innebär inledningen till vad som skulle kunna beskrivas som en marginaliseringsprocess.

Denna studie är som sagt inte designad så att en marginaliseringsprocess går att följa. Inledningsvis refererade teorier och studier antyder dock olika vägar in i en marginaliseringsprocess. Vissa personer kan lättare ställa om från en orientering mot arbetet till andra livsmål, och de slutar att sträva mot att sjukskrivningen avslutas. För dem kan förmodligen förtidspension ses som ett positivt, i betydelsen önskat, utfall. För andra kan upplevelsen av maktlöshet i sjukskrivningssituationen – kombinationen av arbetsförlust och förlust av hälsa – vara så stressande i sig att sekundära problem som depressiva reaktioner tillstöter som försvårar en rehabilitering. Resultaten stödjer inte att läkare ska undvika sjukskrivning till varje pris, men tyder på att uppföljning och åtgärder kan behöva sättas in tidigt under en sjukskrivningsperiod för att undvika att en negativ utveckling inleds.

Studien bekräftar resultat från tidigare studier som undersökt sambandet mellan sjukskrivning och arbetsmarknadsanknytning, och visar att detta samband står sig över en längre tid, och inte kan förklaras av hälsotillståndet vid tiden för sjukskrivningen. Det är lägre risk för ekonomisk kris än för låg arbetsmarknadsanknytning vid en given sjukskrivningstid, vilket

kan tas som intäkt för att det ekonomiska skyddsnätet i viss mån fångar in sådana som hamnar utanför arbetsmarknaden. Ekonomisk kris är dessutom beroende av hushållets samlade inkomster och utgifter, inte enbart den sjukskrivnes personliga ekonomi. Att de sjukskrivnas hälsotillstånd är en viktigare förklaringsfaktor för arbetsmarknadsanknytning än det är för ekonomisk kris skulle också kunna förklaras av att den egna hälsan på ett mer direkt sätt får konsekvenser på möjligheten till ett betalt arbete, än på den ekonomiska situationen. Det finns en klar effekt av sjukskrivningens längd på anknytningsgrad och ekonomi, och denna effekt är starkare för män.

Vidare kan vi notera att riskökningen i jämförelse med referenskategori med noll dagar generellt är högre för män. Detta skulle kunna förklaras av att gruppen med den mest omfattande sjukskrivningen är mer extrem – selekterad – än motsvarande för kvinnor. Men jämförelser mellan män och kvinnor inom samma sjukskrivningskategori talar emot detta förhållande. I stället är det skillnader mellan könen i referenskategoriens risk som är olika, kvinnor har en högre grundrisk. Slutsatsen är dock att i förhållande till normen, är sjukskrivning i sig skadligare för mäns fortsatta karriär (i vid mening) än den är för kvinnor. Men kvinnor och män med omfattande sjukskrivning drabbas av liknande konsekvenser på längre sikt.

Att umgänge utanför hushållet inte alls påverkas är något förvånande med tanke på resultaten av Floderus och medarbetares studie (2003), det är dock möjligt att fritidsaktiviteter och dylikt har begränsats men att vi inte kunnat fånga upp det med denna indikator. Det är värt att nämna att indikatorn är ganska extrem, då den anger dem som har umgänge utanför hushållet någon gång i kvartalet eller mer sällan. Det är möjligt att sjukskrivningen lett till att umgänget krympt men kanske inte i den utsträckningen. Däremot fann vi ett samband mellan att bli ensamstående och sjukskrivning. Med tanke på de påfrestningar i form av försvagad arbetsmarknadsanknytning och ekonomiska bekymmer som finns i gruppen är det kanske inte så märkligt att separationer är vanligare bland sjukskrivna. Riskökningen är dock inte lika hög som för andra utfall, och man kan tänka sig att separation kausalt ligger längre ifrån sjukskrivningen och mer är en konsekvens av tidigare redovisade utfall. Sambandet påverkas knappt av kontrollvariablerna inklusive hälsa vilket indikerar att sociala relationer är beroende av en rad individuella egenskaper samt egenskaper hos partnern, som vi inte kunnat kontrollera för. Här finns klara skillnader mellan män och kvinnor med omfattande sjukskrivning, då män oftare blir ensamstående. Detta för-

hållande speglar med stor sannolikhet att män som misslyckas som försörjare döms hårdare både av andra och av sig själva. Det är också möjligt att det bland de sjukskrivna männen är vanligare med missbruk och andra sociala problem, liksom mer allvarig psykisk sjukdom. Enligt RFV (2004) är till exempel alkoholmissbruk betydligt vanligare som sjukskrivningsorsak bland män.

Trots bristerna med den andra analysen i form av osäkerhet på grund av små tal (vilket kvarstår även när man medtar de med sjukpenning på minst 15 dagar) kan vi utläsa skillnader mellan olika sjukdomsgrupper – i synnerhet gäller det män med psykisk sjukdom som har en mycket hög riskökning för försvagad arbetsmarknadsposition, liksom en högre risk att sakna umgänge utanför hushållet. Gruppen är mycket liten och uppenbart en extremgrupp, och de som ingår i den är inte helt jämförbara med dagens sjukskrivna med psykisk diagnos, då det skett en omfördelning mot mindre allvarliga tillstånd som stressreaktioner.

För kvinnor har vi en (betydligt mindre) överrisk för låg arbetsmarknadsanknytning, samt en hög överrisk för ekonomisk kris. Gruppen med muskeloskeletala besvär skiljer sig generellt sett inte från övriga sjukskrivna, med undantag för utfallet låg arbetsmarknadsanknytning, där kvinnor med dessa besvär har en ökad risk. Att just kvinnor har det skulle kunna förklaras av att de får mindre ambitiös rehabilitering, eller att de på grund av sitt yrke är svårare att omplacera än män med samma besvär. Att resultaten här skiljer sig från dem som gällde akuta problem vid en sjukskrivning (Floderus m fl 2003) kan som nämnts delvis förklaras av att gruppen med psykisk sjukdom inte stämmer helt överens med dagens sjukskrivna med psykisk diagnos. Att de med muskeloskeletala besvär inte skiljer sig från övriga sjukskrivna stämmer inte heller med ovanstående studie där dessa rapporterade särskilt negativa konsekvenser. Den studien speglade dock akuta reaktioner som inte nödvändigtvis har ett samband med de här studerade utfallen. En starkt negativ upplevelse kan kanske också fungera som ett incitament att ta sig ur sjukskrivningssituationen varför vi inte finner sociala och ekonomiska konsekvenser på längre sikt. Som Ockanders och Timpkas (2003) studie visade, var de som sämst kunde anpassa sig till sjukskrivningssituationen också mest orienterade mot att komma tillbaka till arbetet.

Denna studie kan självklart byggas på med fler analyser. Det är möjligt att kontrollera för fler förhållanden samt använda sig av begränsad retrospektiv information som berör den mellanliggande tiden (främst arbetslös-

hetshistoria). Man kan också undersöka betydelsen av ålder och SEI för konsekvensen av sjukskrivning snarare än att enbart kontrollera för dem som gjorts här. Det vore synnerligen intressant att studera om det finns regionala skillnader i de mönster vi funnit här. Dessa mer utvecklade analyser finns det anledning att återkomma till, men de har inte rymts inom ramen för detta kapitel.

En viktig aspekt som bör beaktas är att resultaten speglar förhållanden under en tidsperiod som både rymmer högkonjunktur och ett antal år med extrem lågkonjunktur. Vi vet inte om de samband vi funnit ser exakt likadana ut idag. Det finns exempelvis vissa skillnader mellan långtidssjukskrivna under slutet av 1990-talet och början på 2000-talet och långtidssjukskrivna i slutet av 1980-talet (RFV 2000). Andelen äldre och andelen som inte har ett arbete ökade mellan slutet av 1980-talet och 1999, liksom andelen med en psykisk diagnos. Mellan 1999 och 2003 har andelen med psykisk sjukdom fortsatt öka från 18 till 30 procent (RFV 2004). Som vi sett har de med psykisk sjukdom betydande överrisker i jämförelse med övriga långtidssjukskrivna, men diagnospanoramat inom gruppen har förändrats något varför det inte är givet att det ser lika illa ut för denna grupp idag. Å andra sidan är arbetsmarknadsläget fortsatt svagt varför det finns anledning att tro att möjligheten för långtidssjukskrivna att komma tillbaka inte har förbättrats nämnvärt. Den negativa bilden för dagens sjukskrivna understryks också av den fortsatta ökningen av antalet förtidspensionerade.

Referenser

- Andrén D & Palmer E (2001) "The effect of sickness on earnings" i *Work, sickness, earnings, and early exits from the labor market. An empirical analysis using Swedish longitudinal data*. Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Backhans M (2003) "Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? En kunskapsöversikt" s 175–205 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Clayton D & Hills M (1993) *Statistical Models in Epidemiology*. New York: Oxford Science Publications, Oxford University Press.
- Ezzy D (1993) "Unemployment and mental health: a critical review" *Social Science & Medicine*, 37(1): s 41–52.

- Floderus B, Göransson S, Alexanderson K & Aronsson G (2003) *Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning*. Arbete och Hälsa 2003:13, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Fryer D (1986) "Employment deprivation and personal agency during unemployment. A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment" *Social Behaviour*, 1: s 3–23.
- Grossi G (1999) *The stress of unemployment. Coping patterns, psychological and physiological responses and implications for health*. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Hammarström A (1996) *Arbetslöshet och ohälsa – om ungdomars livsvillkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen J (2000) "The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden" *Journal of Population Economics*, 13: s 45–55.
- Hemmingsson T (2004) "Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet" s 153–174 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Lindolm C & Fredlund P (2004) "Dödlighet bland sjukskrivna och förtidspensionerade" s 279–302 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ockander M & Timpka T (2001) "A female lay perspective on the establishment of long-term sickness absence" *International Journal of Social Welfare*, 10: s 74–79.
- Ockander M & Timpka T (2003) "Women's experiences of long term sickness absence: Implications for rehabilitation practice and theory" *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: s 143–148.
- Parsons T (1991/1951) *The social system*. London: Routledge.
- Qin P, Agevbo E, Westergård-Nielsen N m fl (2000) "Gender differences in risk factors for suicide in Denmark" *British Journal of Psychiatry*, 177: s 546–550.
- Rantakeisu U, Starrin B & Hagquist C (1999) "Financial hardship and shame: A tentative model to understand the social and health effects of unemployment" *British Journal of Social Work*, 29(6): s 877–901.
- RFV (2000) *Långtidssjukskrivna – bakgrund, diagnos och återgång i arbete. Utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999*. RFV redovisar 2000:11, Stockholm: Riksförsäkringsverket.

- RFV (2004) *Socialförsäkringsboken 2004. Tema Kvinnor, män och sjukfrånvaro*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- SBU (2003) *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SOU 2002:5. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SCB (1976) "Levnadsförhållanden. Rapport nr 1" Sveriges officiella statistik, Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Strandh M (2000) *Varying unemployment experiences? The economy and mental well-being*. Umeå: Sociologiska institutionen, Umeå universitet.
- Wikman A (2004) "Arbetsliv och sjukfrånvaro" s 123–151 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

KAPITEL I I

Hur fungerar den arbetslivs- inriktade rehabiliteringen?

II.

Hur fungerar den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?

Maria Eklund, Ulrik Lidwall och Staffan Marklund

ARBETSLIVSINRIKTAD REHABILITERING SYFTAR TILL att den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och sina förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.¹ Tyngdpunkten i socialförsäkringens mål för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är alltså att i möjligaste mån hjälpa sjukskrivna att återvinna arbetsförmågan (RFV 2004b). För individen innebär det ett stöd att förkorta sjukskrivningen och underlätta att kunna komma tillbaka antingen i sitt tidigare arbete eller till ett nytt arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan också innebära att skapa möjligheter för en individ med ofullständig arbetsförmåga att arbeta inom ramen för skyddade sysselsättningar eller lönesubventionerade arbeten. Många olika aktörer, förutom individen själv, kan vara inblandade i olika delar av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det kan gälla arbetsgivaren, företagshälsovården, sjukvården, arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

De idéer och intentioner som i huvudsak ligger bakom dagens rehabiliteringsverksamhet inom socialförsäkringen formades under 1980-talet.² Det fanns en stor optimism, efterfrågan på arbetskraft var relativt hög och den långa sjukfrånvaron var inte så omfattande. Efter 1990 har det skett stora förändringar på arbetsmarknaden med en ökad arbetslöshet och sedan slutet av decenniet en kraftigt ökad långtidssjukfrånvaro. Kraven i arbetslivet har också ökat och framförallt har det blivit gradvis svårare för personer med större eller mindre hälsoproblem att få ett arbete eller behålla sitt

1. Kapitlet behandlar arbetslivsinriktad rehabilitering och åtgärder såsom arbetsutbildning, arbetsprövning, arbetsplatsanpassning och utbildning. Andra former av rehabiliteringsåtgärder såsom medicinsk eller social rehabilitering kan också vara aktuella för sjukskrivna, men detta behandlas inte i detta kapitel.

2. För en historisk överblick av utvecklingen av rehabiliteringen inom socialförsäkringsområdet, se t ex Landstad och Silfwerbrand (1995) och Lindqvist (2000).

arbete. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen bedrivs idag således under helt andra förutsättningar än de som gällde under den tid då den övergripande rehabiliteringsstrategin utformades.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har sedan 1980-talet getts stor plats i statliga utredningar (det gäller t ex SOU 1988:41, 1990:49, 1996:113, 2000:78). Utredare och statsmakter har betonat behovet av samordning mellan olika aktörer, behovet av tidig rehabilitering och arbetsgivarens huvudansvar. Några mer genomgripande förändringar av verksamhetens villkor eller innehåll har dock inte skett. Den stora förekomsten av utredningar kan ses som ett uttryck för att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen fortfarande inte fungerar som statsmakterna vill.

Trots att rehabiliteringsverksamheten pågått under många år och trots det stora antalet utredningar är kunskaperna om den relativt begränsade. Uppdraget är mycket otydligt i meningen att många olika aktörer berörs, men också genom att det är oklart vad som ska ske i olika situationer. Ytterligare ett problem är att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen starkt påverkas av hur stort inflödet av långtidssjukskrivna är, vilka problem dessa individer har samt av hur arbetsliv och arbetsmarknad förmår att ta emot dem efter rehabiliteringen.

Otydligheterna gör det också svårt att utvärdera rehabiliteringsverksamheten. Framförallt är det svårt att bedöma dess effekter i olika avseenden. Ett av skälen till detta är den starka selektion som finns i systemet. Selektionen innebär att det sker ett urval av långtidssjukskrivna som får arbetslivsinriktad rehabilitering. Här spelar bland annat ålder, sjukskrivningslängd, yrke, diagnos och utbildning roll. Kanske är det framförallt de svåraste fallen som blir föremål för åtgärd, vilket ger en bild av negativa resultat. Resultaten påverkas även negativt av att åtgärderna sätts in relativt sent och ibland används för andra syften än återgång i arbete. Bland annat kan en misslyckad rehabiliteringsåtgärd vara ett argument för förtidspension.

Att selektionen spelar så stor roll påverkar möjligheten att genomföra rättvisande utvärderingar. Ett ytterligare problem är att beskrivningen av innehållet i de genomförda arbetslivsinriktade åtgärderna ofta är bristfälligt. I utvärderingssyfte är det viktigt att avgränsa och precisera innehållet i de åtgärder som ska utvärderas. Idealt skulle omfattande studier som bygger på slumpmässiga urval och är väl kontrollerade behöva genomföras för att utreda effekter av specifika åtgärder. Alternativet till randomiserade studier är statistiska analyser som möjliggör kontroll för störande faktorer, men

många sådana analyser tar inte tillräcklig hänsyn till möjliga selektions-effekter. Det blir då svårt att bedöma om de ofta negativa resultaten kring arbetslivsinriktad rehabilitering framförallt beror på egenskaper hos individen eller arbetet snarare än på åtgärden i sig.

Syfte

Syftet med detta kapitel är att sammanfatta resultaten av några riksrepresentativa studier kring den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det gäller framförallt följande studier: Marklund (1995) *Vilka långtidssjuka blir rehabiliterade?*, Andersson och Lidwall (1997) *Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering?*, Bergendorff och medarbetare (1997) *Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering och köp av tjänst*, samt Eklund och Ossowicki (2004) *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. I anslutning till denna genomgång kommer också resultat från andra genomförda statistiska undersökningar att beröras.

Arbetslivsinriktad rehabilitering kan ses som en process där en lång rad ställningstaganden äger rum, från bedömningen om vem som behöver rehabilitering, när den ska äga rum, med vilket innehåll, till vilken målsättning som finns med själva åtgärden.

I kapitlet behandlas därmed flera olika frågeställningar:

- Hur ser selektionen till arbetslivsinriktad rehabilitering ut?
- Har de personer som erbjuds och genomgår rehabilitering en större chans att återgå snabbt i arbete jämfört med dem som inte genomgår rehabilitering?
- Hur uppfattar individerna själva de insatser de erbjuds?
- Vilka typer av åtgärder erbjuds olika grupper av långtidssjukskrivna och vilka resultat ger dessa?
- Spelar det någon roll om rehabiliteringen sätts in tidigt eller sent i sjukfallet?

Material och analysmetoder

De resultat som här presenteras bygger på data från fyra stora riksrepresentativa undersökningar som genomförts i Riksförsäkringsverkets regi. De aktuella undersökningarna är LS, Riks-LS, RFV-LS och RFV-HALS.

- LS (projektet *Långvarig Sjukskrivning*) är en longitudinell retrospektiv studie av långvariga sjukskrivningar för åren 1986–91. Studien består av ett riksrepresentativt urval av 3 000 individer i förvärvsaktiv ålder som

haft en långvarig sjukskrivning på minst 60 dagar samt en jämförelsegrupp om 2 000 individer. Uppgifter om ersatta sjukpenningdagar med mera har hämtats från socialförsäkringsregistren och kompletterats med uppgifter om bland annat diagnos och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder från försäkringskassornas personakter. Dessutom genomfördes individintervjuer för att samla in uppgifter om sysselsättning och arbetsförhållanden, socialt nätverk, levnadsvanor, hälsotillstånd med mera. Data från LS har använts i Marklund (1995) som här refereras. Data-materialet finns utförligt beskrivet i Bergendorff och medarbetare (1994) och Andrén (2001).

- Riks-LS (*Riksomfattande studie av Långvarig Sjukskrivning*) är en stratifierad studie av långvariga sjukskrivningar för åren 1991–94 som möjliggör analyser på lokal och regional nivå. Försäkringskassans lokalkontor utgjorde urvalsenheterna och studien bestod av ett urval av 63 871 långvariga sjukskrivningar om 60 dagar eller längre, fördelade på cirka 200 ärenden per lokalkontor. Uppgifter om ersatta sjukpenningdagar med mera har hämtats från socialförsäkringsregistren och kompletterats med uppgifter om bland annat diagnos och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder från försäkringskassornas personakter. Riks-LS har använts i Andersson och Lidwall (1997) och Bergendorff och medarbetare (1997) som här refereras. I nämnda studie användes ett riksrepresentativt suburval om 4 616 långvariga sjukskrivningar. Riks-LS materialet finns utförligt beskrivet i Olkiewicz (1995).

- RFV-LS (*Riksförsäkringsverkets studie av Långvarig Sjukskrivning*) är en årligt återkommande studie av långvariga sjukskrivningar som möjliggör kontinuerliga studier av långvariga sjukskrivningar med aktuella data. Data finns för åren 1999–2003. Studien består av ett årligt riksrepresentativt urval av cirka 11 000 sjukskrivningar 15 dagar eller längre. Omkring hälften av dessa sjukskrivningar har pågått 60 dagar eller längre. Uppgifter om ersatta sjukpenningdagar med mera har hämtats från socialförsäkringsregistren och kompletterats med uppgifter om bland annat diagnos och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder från försäkringskassornas personakter. De nya aktuella uppgifter som redovisas i detta kapitel kommer från RFV-LS. Uppgifter från RFV-LS har använts och data finns beskrivet i Lidwall (2002, 2004).

- RFV-HALS (*Riksförsäkringsverkets undersökning om Hälsa, Arbetsförhållanden, Levnadsvanor och Långvarig sjukskrivning*) är en retrospektiv studie

av sjukskrivningar år 2002 och 2003. Uppgifter har samlats in om hälsa, arbetsförhållanden, levnadsvanor, upplevelsen av kontakter med Försäkringskassan och andra rehabiliteringsaktörer med mera via enkäter till cirka 11 000 personer som varit sjukskrivna minst 15 dagar. Urvalet av sjukskrivningar är detsamma som för RFV-LS. Studien består dessutom av ett riksrepresentativt urval av 5 000 individer i förvärvsaktiv ålder som utgör jämförelsegrupp. Uppgifter om ersatta sjukpenningdagar med mera har hämtats från socialförsäkringsregistren och kompletterats med uppgifter om bland annat diagnos och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder från Försäkringskassornas personakter (samma uppgifter som i RFV-LS). Data från RFV-HALS har använts i Eklund och Ossowicki (2004) som här refereras. Datamaterialet finns utförligt beskrivet i Eklund och medarbetare (2002) och SCB (2003).

De händelser som analyserats i ovannämnda studier är exempelvis påbörjad arbetslivsinriktad rehabilitering, att sjukfallet har avslutats efter arbetslivsinriktad rehabilitering och att individen själv har vidtagit åtgärder för att kunna återgå i arbete. Den statistiska metod som främst har använts är logistisk regression som beräknar sannolikheten för olika händelser samtidigt som kontroll sker för en mängd faktorer som skulle kunna påverka utfallet. Ett fåtal analyser har också använt så kallad cox-regression (cox-proportional hazard regression) som också tar hänsyn till den tid som förflyter innan en händelse inträffar.

Arbetslivsinriktad rehabilitering – teori och praktik

I lagstiftningen uppmärksammas framförallt arbetsgivarens och Försäkringskassans roll. Arbetsmiljölagen (3 kap, 2a§, 3 stycket) säger att:

arbetsgivaren ska se till att det i hans verksamhet finns en på lämpligt sätt organiserad anpassnings- och rehabiliteringsverksamhet.

Lagstiftningen anger dock inte närmare *hur* verksamheten ska anordnas och genom lagens allmänna formulering saknas i praktiken sanktioner mot företag som inte har organiserat någon specifik verksamhet för rehabilitering.

Lagen om allmän försäkring (22 kap, 3§, 1 stycket) anger på motsvarande sätt att:

den försäkrades arbetsgivare ska svara för att behovet av rehabilitering kartläggs och att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas.

En rehabiliteringsutredning ska påbörjas av arbetsgivaren när en anställd varit sjukskriven i mer än fyra veckor och den ska inom åtta veckor skickas till Försäkringskassan som ska upprätta en rehabiliteringsplan. Försäkringskassan ska numer även kalla den sjukskrivne till ett så kallat *avstämningmöte* för bedömning av medicinskt tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering.

För att utreda förutsättningarna för rehabilitering och för att genomföra direkta rehabiliterande åtgärder har Försäkringskassan sedan 1990 fått särskilda resurser, medel för köp av rehabiliteringstjänster. Syftet med detta var att förkorta väntetiderna till rehabilitering och att underlätta en återgång till förvärvsarbete bland de långtidssjukskrivna. Resurserna för köp av rehabiliteringstjänster har varit relativt konstanta över tid och är inte alls relaterade till de stora variationerna i antalet långtidssjukskrivna (Riksrevisionen 2004). Idén bakom Försäkringskassornas köp av tjänster är att det ska finnas en marknad av oberoende producenter av specialister på utredningar och rehabiliteringsåtgärder. Det är dock svårt att bedöma om denna marknad motsvarar de behov som finns bland de sjukskrivna i olika delar av landet (Nygren m fl 1994; Riksrevisionen 2004).

Redan i lagstiftningen, men i ännu högre grad i den praktiska tillämpningen, framkommer en motsättning mellan ett utredande moment och ett mer aktivt åtgärdande moment. För att kunna genomföra arbetslivsinriktad rehabilitering krävs en utredning där man försöker bedöma den sjukskrivna individens förmågor, behov och motivation. En väl genomförd utredning kan idealt både användas för att precisera vilka rehabiliterande insatser som är bra för den enskilda individen och för att bedöma resursbehov och prioriteringar. Samtidigt finns en risk att de utredande aktiviteterna dominerar på bekostnad av mer aktiva åtgärder. Att genomföra en noggrann bedömning av arbetsförmågan är tidsödande och inte alltid relevant i förhållande till möjliga åtgärder. Eftersom utredningen också kan innehålla en bedömning av rätten till förtidspension³ betonas ofta bristerna i arbetsförmågan snarare än individens möjligheter.

3. I januari 2003 ersattes förtidspension och sjukbidrag med förmånerna sjuk- och aktivitet ersättning. I detta kapitel används generellt begreppet förtidspension för alla dessa ersättningsformer.

Huvudansvaret för såväl utredningen om rehabiliteringsbehov som att ordna den praktiska arbetslivsinriktade rehabiliteringen ligger alltså på arbetsgivaren. Rollfördelningen mellan arbetsgivaren, som huvudansvarig för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, och Försäkringskassan, som ansvarig för samordning av åtgärderna, är långtifrån tydlig.

Idealt genomför arbetsgivaren utredning och åtgärder för sina anställda långtidssjukskrivna, medan Försäkringskassan stöder detta med information och kontakter med individen och andra aktörer. I många fall sker dock inte detta. Rehabiliteringsutredningen genomförs inte, eller genomförs alltför sent och arbetsgivaren är ibland ovillig att bekosta åtgärderna. Många arbetsgivare upplever också att de inte har någon verksamhet där personer med vacklande hälsa eller partiell arbetsförmåga kan passa in. Om det inte är möjligt att skapa andra arbetsuppgifter för individen eller låta individen anpassa sina arbetstider efter arbetsförmågan på den gamla arbetsplatsen förskjuts problemet från den enskilde arbetsgivaren till att bli ett arbetsmarknadsproblem. Det kan bli aktuellt för den enskilda individen att byta arbetsgivare och då behövs stöd från såväl arbetsmarknadsmyndigheterna som Försäkringskassan.

I den praktiska tillämpningen framträder också en otydlighet som rör relationen mellan Försäkringskassans och Arbetsmarknadsverkets uppdrag. Det gäller personer som enligt de bedömningar som Försäkringskassan gör visserligen har en viss arbetsförmåga, men som ändå inte har en anställningsbarhet utifrån arbetsmarknadsmyndighetens bedömning. Det kan gälla personer som har en bestående partiell nedsättning av arbetsförmågan, men som skulle kunna arbeta med andra arbetsuppgifter än tidigare eller arbeta deltid. Om arbetsgivaren inte kan skapa andra arbetsuppgifter för individen eller låta individen arbeta andra arbetstider blir problemet ett anställningsbarhetsproblem.

Utvecklingen av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen efter 1990

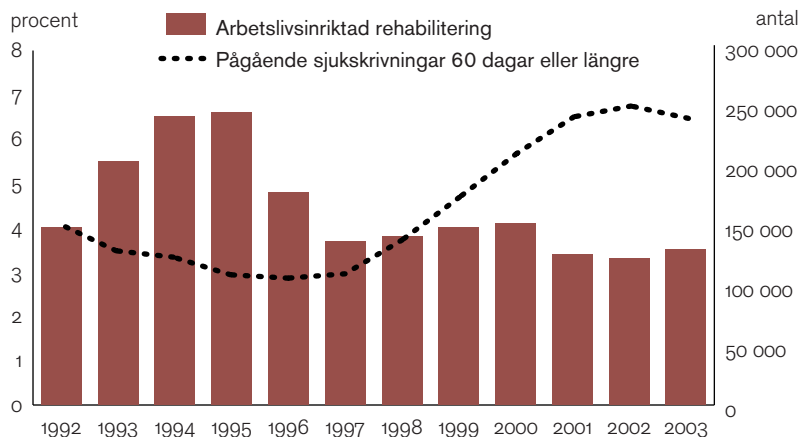
Resurserna för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har inte alls följt utvecklingen av långvariga sjukskrivningar. De resurser som satsats har sedan 1990-talets början varierat mellan 2 och 3,5 miljarder kronor, medan sjukpenningutgifterna har genomgått mycket större förändringar. I löpande priser ökade sjukpenningutgifterna från 14 miljarder år 1997 till 40 miljarder år 2003.

Aktivitetsnivån inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ökade markant efter 1990-talets första år i takt med ökade resurser knutna till verksamheten och försäkringskassornas utökade ansvar att samordna aktiviteterna. De särskilda medlen för köp av arbetslivsinriktade rehabiliterings-tjänster har varit relativt konstanta över tid och vissa år har Försäkringskassan inte förbrukat medlen (Riksrevisionen 2004).

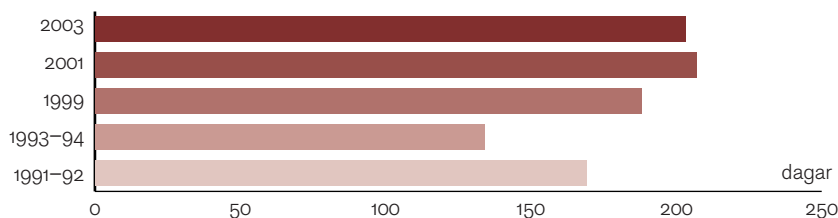
I figur 11.1 har kostnaderna för arbetslivsinriktad rehabilitering satts i relation till kostnaderna för sjukpenning och förtidspension. I figuren redovisas också antalet pågående sjukskrivningar 60 dagar eller längre.

I takt med ett minskat antal sjukskrivningar i början av 1990-talet ökade rehabiliteringsresurserna sett i relation till utgifterna för den av socialförsäkringen ersatta ohälsan. Under 1994 och 1995 satsades relativt sett mest resurser på arbetslivsinriktad rehabilitering. Därefter reducerades rehabiliteringsresurserna i förhållande till kostnaderna för den ersatta ohälsan. Under 2003 satsades 3,2 miljarder kronor på arbetslivsinriktad rehabilitering, vilket motsvarar omkring fyra procent av utgifterna för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning (RFV 2004a).

Många utredningar har pekat på vikten av att försöka få igång den arbetslivsinriktade rehabiliteringen tidigt i sjukfallen. Man antar i allmän-



Figur 11.1. Relativa kostnader för arbetslivsinriktad rehabilitering (i relation till kostnader för sjukskrivning och förtidspension) och antalet pågående långa sjukskrivningar, 1992–2003. Källa: Riksförsäkringsverket, Årsredovisningar och offentlig statistik.



Figur 11.2. Tid (median) fram till påbörjad aktiv rehabiliteringsåtgärd bland långtidssjukskrivna som påbörjat arbetslivsinriktad rehabilitering. Källor: Riksförsäkringsverket, Riks-LS och RFV-LS.

het att det är lättare att uppnå positiva resultat om rehabiliteringen initieras tidigt. Trots detta kommer arbetslivsinriktad rehabilitering ofta igång sent och dessutom allt senare i sjukfallen. Detta framgår av figur 11.2.

I början av 1990-talet sattes aktiva rehabiliterande åtgärder i form av arbetsprövning, arbetsträning och utbildning, in betydligt snabbare än i början av 2000-talet. Tiden fram till påbörjad aktiv åtgärd var i genomsnittsfallet omkring fyra och en halv månader åren 1993-94 och hade ökat till nästan sju månader åren 2001 och 2003.

Till vem ges arbetslivsinriktad rehabilitering?

Flera studier har visat att det sker en stark selektion av långtidssjukskrivna i den meningen att olika grupper i olika grad erbjuds rehabilitering och att det sker vid olika tidpunkter i sjukfallen (Aakvik & Risa 1997; Andersson 1997; Andersson & Lidwall 1997; Ekberg m fl 2002; Hetzler m fl 2004; Sennvall 2002). Flera av dessa studier visar också att selektionen inte alltid är helt rationell.

Rehabiliteringsresurserna bör inte i första hand satsas på individer som bedöms ha stora möjligheter att spontant återgå i arbete utan åtgärder. Inte heller bör stora resurser, som syftar till återgång i arbete, satsas på de individer som sannolikt har rätt till förtidspension. Insatta åtgärder ska helst leda till att den sjukskrivne återgår i arbete efter avslutad rehabilitering. Detta kan få till följd att såväl arbetsgivaren som handläggaren på Försäkringskassan hellre väljer att rehabilitera en ung person med lätta hälsoproblem framför en äldre person med svårare problem, eftersom sannolikheten att rehabiliteringsåtgärden följs av friskskrivning då antas vara större. Den marginalnytta åtgärden har kan emellertid vara betydligt större

för den äldre personen med svåra hälsoproblem än för den yngre, som kanske skulle ha blivit frisk av sig själv.

En selektion av individer som får rehabiliteringsåtgärder är alltså nödvändig och kan i bästa fall ge rätt individer rätt hjälp (Ekberg m fl 2002; Ekholm m fl 2002; Høgelund 2003). I sämsta fall kan selektionen av individer på ett omotiverat sätt gynna en viss grupp framför en annan. Den starka selektionen medför också att det är svårt att visa att arbetslivsinriktad rehabilitering är samhällsekonomiskt lönsam (Dahl m fl 1991).

Att statistiska analyser av en otillräckligt definierad verksamhet skapar tolkningsproblem framgår i en studie av arbetslivsinriktad rehabilitering i Skåne under 2002 (Hetzler m fl 2004). Det negativa utfallet i studien tolkar författarna som en brist i Försäkringskassans urval av personer till verksamheten. Förutom att selektionen påverkar resultatet negativt är ett ytterligare stort problem att rehabiliteringen många gånger kommer igång allt senare i sjukskrivningen. Den kraftiga ökningen av antalet långvariga sjukskrivningar har också gjort det svårare för Försäkringskassan att göra tidiga bedömningar och att sätta in rätt åtgärder. Skälet till det negativa utfallet kan också ligga i ökade svårigheter på arbetsmarknaden.

Enligt en analys kring selektion till rehabilitering har varken kön, civilstånd, etnicitet eller sysselsättning betydelse för om åtgärder påbörjas eller inte (Andersson & Lidwall 1997). Däremot har ålder, sjukskrivningsdiagnos, tidigare rehabilitering, psykosocial belastning och yrkestillhörighet inverkan på om en individ erbjuds rehabilitering och hur lång tid det dröjer till dess åtgärden vidtas.

Som framgår av tabell 11.1 spelar ålder stor roll för om en individ erbjuds arbetslivsinriktad rehabilitering överhuvudtaget och när i sjukfallet den erbjuds. Den relativa sannolikheten att få en eller flera rehabiliteringsåtgärder är 30 procent lägre för 55–59-åringar och 80 procent lägre för sjukskrivna över 60 år jämfört med sjukskrivna i åldern 45–49 år. Yngre sjukskrivna avviker inte när det gäller förekomst av åtgärder, men däremot sätts åtgärder in betydligt snabbare hos de yngre än hos de över 45 år. Exempelvis påbörjas åtgärder 60 procent snabbare för personer i åldern 25–34 år jämfört med personer i åldern 45–49 år.

I Andersson och Lidwall (1997) framkommer också att det finns skillnader mellan åldersgrupperna när det gäller vilken typ av åtgärder som erbjuds. Sjukskrivna i åldern 25–29 år har störst chans att få utbildningsinsatser, medan utredande åtgärder riktas mot åldersgruppen 50–54 år. I

Tabell 11.1. Påbörjad arbetslivsinriktad rehabilitering hos långvarigt sjukskrivna (60 dagar eller längre) i olika åldersgrupper 1991–94. Oddskvoter. Källa: Andersson och Lidwall (1997).

Åldersgrupp	Påbörjad åtgärd ^a	Snabb åtgärd ^b
16–24	(0,8)	1,5
25–29	(1,0)	1,6
30–34	(1,2)	1,6
35–39	(1,0)	(1,2)
40–44	(1,0)	(1,2)
45–49 (ref)	1	1
50–54	(1,1)	(1,1)
55–59	0,7	0,7
60+	0,2	0,3

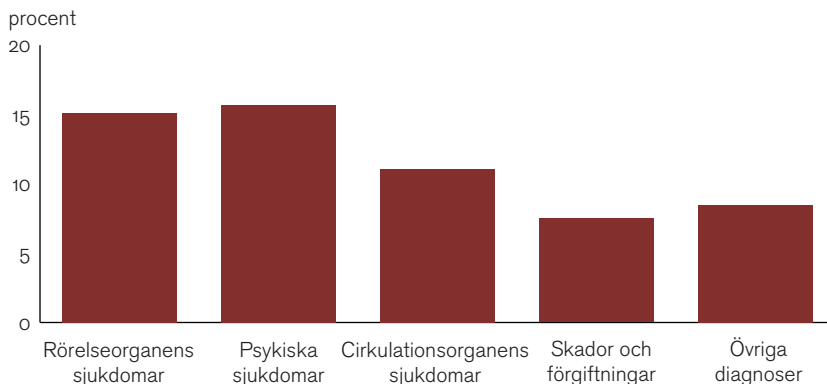
Anm. I modellen kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, etnicitet, sjukdomsdiagnos, tidigare rehabilitering, sysselsättning, yrkesgrupp, psykosocial belastning och förvävsregion. Insignifikanta skillnader inom parentes ($p > 0,05$).

a. Logistisk regression. b. Cox proportional hazard regression.

denna grupp är chansen till utredande åtgärd 50 procent större än i åldersgruppen 45–49 år. Sannolikt utgör en stor del av dessa åtgärder underlag för en bedömning av arbetsförmågan inför en eventuell prövning av rätten till förtidspension. Även i en aktuell studie i Skåne, som omfattar data från 2002, framkommer en tydlig åldersselektion vid rehabiliteringsåtgärder (Hetzler m fl 2004). I den undersökningen har långtidssjukskrivna i åldern 36–45 år störst chans att erbjudas arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det finns också tydliga skillnader mellan sjukskrivna i olika diagnosgrupper. Det är betydligt vanligare med påbörjade aktiva åtgärder bland sjukskrivna med psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen än bland sjukskrivna med andra diagnoser (se figur 11.3). Dessa resultat överensstämmer med vad som framkommit i den nämnda regionala studien (Hetzler m fl 2004) Dessa diagnosgrupper är också de helt dominerande bland långtidssjukskrivningarna och står tillsammans för omkring två tredjedelar av alla sjukfall som pågår minst 60 dagar.. Sannolikt är kopplingen mellan dessa sjukdomsbesvär och arbetssituationen starkare än för andra sjukdomar, vilket gör behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering för att möjliggöra återgång i arbete större. En studie som genomförts på Riksförsäkringsverket ger också stöd för dessa tolkningar, särskilt vad avser de psykiska sjukdomarna (Eklund 2003).

Vidare har det visat sig att långtidssjukskrivna med sammansatta problem av psykosocial natur har större chans att få rehabiliteringsåtgärd än



Figur 11.3. Andel långtidssjukskrivna som påbörjat aktiv rehabiliteringsåtgärd inom sex månader efter diagnosgrupp. Källor: Riksförsäkringsverket, RFV-LS, data för åren 1999, 2001 och 2003.

andra (Andersson & Lidwall 1997). Bland sjukskrivna kvinnor har de som är psykosocialt belastade, det vill säga de som är ensamboende, har inslag av arbetslöshet, psykisk sjukdom eller alkoholmissbruk, cirka 20 procent större chans till rehabiliteringsåtgärder, än sjukskrivna kvinnor utan sådan belastning. Arbetslösa sjukskrivna tycks inte ha mindre chans att få rehabiliterande åtgärder än sjukskrivna med arbete (Andersson & Lidwall 1997; Selander 1999).

Trots att det inte finns några uttalade skillnader mellan kvinnor och män när det gäller om och när rehabilitering förekommer, visar ett flertal studier att det förekommer tydliga könsskillnader i vilka former av åtgärder som erbjuds (Andersson & Lidwall 1997; Gerner 1999; Hetzler m fl 2004; Sennvall 2002). Män erbjuds oftare mer ambitiösa åtgärder till exempel i form av utbildning, medan en majoritet av kvinnor får träning i arbetsmiljö (Andersson & Lidwall 1997; Goede 2000).

En viktig fråga är om individens egna aktiviteter påverkar om hon eller han får eller inte får rehabilitering och om rehabiliteringsinsatserna ges tidigt eller sent i sjukfallet. Det kan å ena sidan ses som ett uttryck för individens vilja eller motivation att återgå i arbete, men å andra sidan som en fråga om Försäkringskassan eller arbetsgivaren stimulerar den sjukskrivne att komma med egna förslag till åtgärder (Ekberg m fl 2002).

Att ha lämnat förslag till åtgärd visar sig vara en av de viktigaste faktorerna som förklarar vilka som också får en rehabiliteringsåtgärd och hur

snabbt det sker (Andersson & Lidwall 1997). Det kan finnas flera olika förklaringar till att de egna rehabiliteringsförslagen har så stor betydelse. En tänkbar förklaring kan vara att handläggarens uppmärksamhet riktas mot fallet först när den långtidssjukskrivne presenterar ett förslag till rehabiliteringsåtgärd. Det kan också vara lättare att finna lämpliga åtgärder om den sjukskrivne aktivt medverkar. En person som lämnar egna förslag till rehabilitering är troligtvis också mer motiverad att återgå i arbete.

Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering

När man vill bedöma resultatet av arbetslivsinriktad rehabilitering är det av stor betydelse vilket mått man använder. Det är bland annat viktigt att skilja på övergripande mått på utfall av rehabiliteringsåtgärder och mått som tar hänsyn till samband mellan utfall och olika bakgrundsfaktorer och problemtyngd hos de sjukskrivna. Dessutom har studier visat att olika mått på exempelvis förbättrad hälsa inte behöver sammanfalla med faktisk återgång i arbete (se t ex Palmer & Tasiran 2001).

Olika mått på resultat av rehabilitering – ett exempel

Återgång i arbete, friskskrivning och minskad risk för återinsjuknande är exempel på övergripande mått. Friskskrivning efter en sjukdomsperiod med rehabilitering är det vanligaste positiva *objektiva* måttet på rehabiliteringens utfall. Eftersom inte alla friskskrivningar innebär att individen återgår i arbete, utan ibland innebär arbetslöshet eller hemarbete, är det nödvändigt att även studera detta. Det är också nödvändigt att granska om friskskrivningen är bestående över längre tid eller om det betyder att individen senare återgår i långvarig sjukskrivning för samma eller ett annat besvär. Ett ytterligare mått som ibland används som mått på misslyckad rehabilitering är förtidspensionering.

För att mäta rehabiliteringseffekter kan de objektiva resultatmåttan kompletteras med den sjukskrivnes egen uppfattning om rehabiliteringen. *Subjektiva* mått avspeglar också till stor del individens motivation, vilken kan vara en bidragande orsak till om rehabiliteringen lyckas eller misslyckas. Individens egen uppfattning om rehabiliteringen behandlas längre fram i kapitlet.

En intressant fråga är om det finns något samband mellan de subjektiva och objektiva resultatmåttan. I en kartläggning av såväl objektiva som subjektiva resultatmått har detta samband studerats (Bergendorff m fl 1997).

Kartläggningen resulterade i att tre olika objektiva mått och ett subjektivt togs fram. De tre objektiva måtten, återgång i arbete, friskskrivning och återinsjuknande, slogs samman till ett index som innehåller egenskaper från alla de tre måtten. Det subjektiva mått som använts utgjordes av individens uppfattning om hur arbetsförmågan förändrats.

Utifrån detta delades individerna in i fyra grupper, se tabell 11.2. Den första gruppen består av dem som enligt det objektiva måttet uppfattas som "friskare" än tidigare och som enligt det subjektiva måttet ser positivt på resultatet av rehabiliteringen. Den andra gruppen består även den av objektivet sett "friskare" personer, men sådana som ser negativt på resultatet. Den tredje och fjärde gruppen består av objektivet sett "sjukare" individer med positiv respektive negativ syn på resultatet av rehabiliteringen.

Tabell 11.2. Andel individer uppdelade på de objektiva och subjektiva resultatmåtten. Källa: Bergendorff och medarbetare (1997).

Subjektivt resultat	Objektivt resultat		(n)
	Friskare	Sjukare	
Positiva	57	45	(255)
Negativa	43	55	(260)
Summa (n)	100 (205)	100 (310)	(515)

Resultaten tyder på att det finns ett svagt positivt samband mellan det objektiva och subjektiva måttet. Som förväntat är det en högre andel bland dem som enligt det objektiva måttet blivit friskare som också är positiva till rehabiliteringsresultatet (57 procent), jämfört med dem som är negativa (43 procent). Bland individer som objektivet bedömts ha blivit sjukare är på motsvarande sätt andelen negativa till resultatet av rehabilitering också större än andelen positiva. Det är dock än mer intressant att en stor andel (45 procent) av dem som objektivet sett blivit sjukare efter rehabiliteringsinsatserna ändå är positiva till resultatet av rehabiliteringen.

Friskskrivning – med eller utan rehabilitering

Den stora majoriteten av långvarigt sjukskrivna blir aldrig föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder, utan återgår spontant i arbete. En majoritet av de sjukskrivna kan därmed antingen sägas sakna behov av rehabiliteringsåtgärder eller ha behov som inte tillgodoses.

Flera studier har visat att om man bara jämför resultaten mellan dem som genomgått arbetslivsinriktad rehabilitering med dem som inte gjort det så framstår resultaten som mycket ogynnsamma (Bergendorff m fl 1997; Hetzler m fl 2004; Marklund 1995). Exempelvis har Bergendorff och medarbetare (1997) redovisat att den grupp långvarigt sjukskrivna som har påbörjat någon rehabiliteringsåtgärd har 40 procent lägre chans till friskskrivning än de som inte har påbörjat någon åtgärd. Långtidssjukskrivna som fått utredande åtgärder har 70 procent lägre chans till friskskrivning jämfört med dem som inte fått någon åtgärd (se tabell 11.3).

Tabell 11.3. Friskskrivning med och utan rehabiliteringsåtgärder. Oddskvoter. Källa: Bergendorff och medarbetare (1997).

	Åtgärdstyp:		Arbetsträning egen arbetsplats	Arbetsträning annan arbetsplats	Utredning
	Ingen åtgärd (ref)	Utbildning			
Oddskvot	1	(0,9)	0,7	0,5	0,3
N	3 517	97	323	118	234

Anm. I modellen kontrolleras för kön, ålder, civilstånd, etnicitet, sjukdomsdiagnos, tidigare sjukskrivning, sysselsättning, yrkesgrupp, psykosocial belastning och förvävsregion. Ej signifikanta kategorier inom parentes ($p > 0,05$).

Samma studie visar också att sjukskrivna under 35 år som fått arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder har stor chans till friskskrivning, jämfört med de äldre som fått åtgärder. Att rehabiliteringsresultaten är bättre hos de yngre är inte så överraskande. Arbetet har troligtvis i mindre grad orsakat de hälsoproblem som ligger bakom de yngres sjukskrivningar, samtidigt som insatserna sätts in betydligt tidigare hos yngre än hos äldre sjukskrivna.

Det är dock farligt att generalisera ålderns betydelse för möjligheterna till rehabilitering och återgång i arbete. Även hos långvarigt sjukskrivna långt upp i åldrarna kan det finnas en väsentlig rehabiliteringspotential. Det har visat sig att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder för sjukskrivna över 50 år ger positiva effekter vid jämförelse med jämnåriga som inte fått rehabilitering och som i övrigt har samma egenskaper (Bergendorff m fl 1997). En förklaring till det kan vara att de äldre som får rehabilitering är i genomsnitt mindre problembelastade med avseende på sjukskrivningens längd, diagnos och psykosocial problematik, jämfört med de jämnåriga som inte får rehabilitering. Den senare, mer belastade, gruppen blir sannolikt föremål för förtdspensionsprövning utan rehabiliteringsförsök.

Sett över olika typer av sjukdomsdiagnoser varierar också resultatet av de arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatserna. Bland de personer som är sjukskrivna för skador och förgiftningar eller för ryggsjukdomar och som fått åtgärder är friskskrivningen 60 procent högre än för genomsnittet hos dem med andra diagnoser som fått åtgärder (Bergendorff m fl 1997).

Bland personer som sjukskrivits för ryggbesvär har de som blivit föremål för åtgärder större möjligheter att ta sig ur sjukskrivningen än de som inte fått åtgärder. Detta kan delvis hänga samman med att många sjukskrivna med besvär i rörelseorganen också får omfattande medicinsk rehabilitering och att dessa former av åtgärder förstärker den positiva effekten (Hansson & Hansson 1999). I den internationellt jämförande studien av rehabilitering av rygg- och nacksjukdomar, som bland annat Hansson och Hansson (1999) är en del av, konstateras det dessutom att svårigheterna att mäta resultat av arbetslivsinriktade åtgärder var ett generellt problem i alla sex länder som deltog i studien (Bergendorff & Gordon 2000). Till stor del beror det på egenskaperna i utgångsläget hos de individer som blir föremål för åtgärder (Veerman & Palmer 2000).

För den stora gruppen med psykiska besvär är chansen till friskskrivning efter genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering inte skild från grupper med andra diagnoser. Det är således inte generellt svårare att uppnå goda rehabiliteringsresultat med psykiskt sjuka (Björklund 1998).

Sammanfattningsvis är chansen att arbetslivsinriktade rehabiliterande åtgärder leder till friskskrivning lägre hos dem som får åtgärder än hos dem som inte får det. Det beror framförallt på att det är sjukskrivna med stora behov som blir föremål för åtgärder. Olika typer av åtgärder riktar sig också till olika målgrupper och har därmed delvis olika syften.

Sjukskrivna som får utbildningsåtgärder har lika stor sannolikhet att friskskrivas som sjukskrivna som inte alls fått några åtgärder och är därmed en grupp med goda rehabiliteringsresultat. Friskskrivning är dock mindre vanligt förekommande bland dem som arbetstränar på egen eller annan arbetsplats och resultaten är sämst för dem som får utredande åtgärder. Detta ska inte endast ses som ett uttryck för åtgärdens (in-)effektivitet, utan också som ett uttryck för de svårigheter olika grupper av sjukskrivna har att ta sig ur sjukskrivningen, oberoende av vilka de rehabiliterande insatserna är.

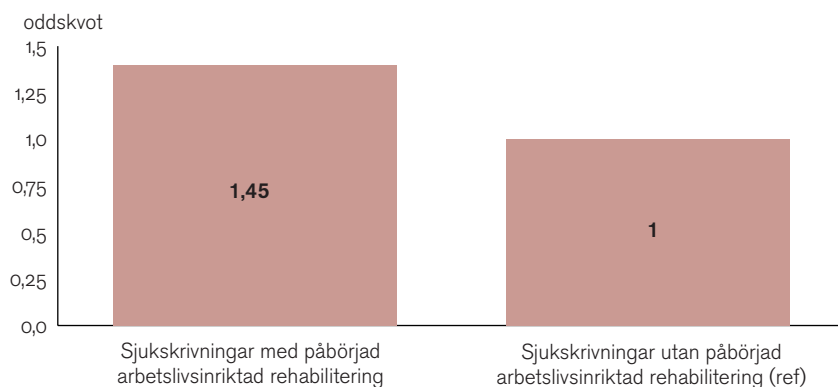
Återinsjuknande efter rehabilitering

En annan aspekt på ett lyckat rehabiliteringsresultat är att arbetslivsinriktad rehabilitering förhindrar återinsjuknande efter att sjukperioden avslutats.

Bergendorff och medarbetare (1997) har granskat chansen att förbli frisk minst sex månader efter avslutad sjukskrivning för dem som genomgått rehabilitering och för dem som inte genomgått rehabilitering. Av figur 11.4 framgår att individer som avslutat en sjukskrivning och där arbetslivsinriktad rehabilitering förekommit har 45 procent större chans att förbli friskskrivna halvåret efter friskskrivning, jämfört med de individer som avslutat en sjukskrivning utan att ha fått någon rehabiliteringsåtgärd. Då har också kontroll skett för en mängd olika faktorer som skulle kunna påverka resultaten.

Ett vanligt antagande är att de bästa rehabiliteringsresultaten uppnås med tidigt insatta rehabiliteringsinsatser. Detta bekräftas dock inte helt av tidigare forskningsresultat (Andersson 1997; Andersson & Lidwall 1997; Bengtsson & Björklund 1996; Bergendorff m fl 1997; Ekberg & Linton 1994; Marklund 1995).

I tabell 11.4 redovisas chansen att friskskrivna förblir friskskrivna beroende på hur lång tid det har dröjt innan rehabiliteringsåtgärderna kommit igång. Sjukskrivningar där den första arbetslivsinriktade rehabiliteringen påbörjats inom 30–59 dagar från sjukanmälan fungerar som jämförelsegrupp. Störst risk för upprepade sjukskrivningar har just denna grupp. Chansen att förbli frisk i minst sex månader efter avslutad sjukskrivning är 60 procent större för sjukskrivna där rehabilitering satts igång mycket tidigt i



Figur 11.4. Chansen att förbli friskskriven i förhållande till om arbetslivsinriktad rehabilitering genomförts eller inte. Odds kvoter. Källa: Bergendorff och medarbetare (1997). Anm: I modellen kontrolleras för kön, ålder, yrke, sysselsättning, medborgarskap, region, sjukskrivningslängd, diagnosgrupp, förekomst av psykosocial problematik (arbetslöshet, ensamboende, psykisk sjukdom och alkoholmissbruk) och tidigare rehabilitering.

sjukfallet (inom 29 dagar). De starkaste positiva effekterna uppvisar emellertid sjukskrivningar där de första arbetslivsinriktade åtgärderna påbörjats efter ett år. Sambandet tycks alltså vara U-format.

Tabell 11.4. Effekterna av när i sjukskrivningen arbetslivsinriktade åtgärder påbörjas. Oddskvoter. Källa: Bergendorff och medarbetare (1997).

Antal dagar från första sjukskrivningsdag till första arbetslivsinriktad åtgärd i sjukskrivningsperioden	Chans att förbli friskskriven halvåret efter friskskrivning
0–29 dagar	1,6
30–59 dagar (ref)	1
60–89 dagar	1,2
90–179 dagar	1,2
180–365 dagar	1,5
Mer än 1 år	1,7

Anm: I modellen kontrolleras för kön, ålder, yrke, sysselsättning, medborgarskap, sjukskrivningens längd, förekomst av andra eller tidigare rehabåtgärder, sjukdomsdiagnos, typ av rehabiliteringsåtgärd, förekomst av missbruksproblem, försäkringskassans lokalkontor, sjukbidrag eller förtidspension vid sjukperiodens början samt sjukperiodens avslutningsår.

Frågan om tidig rehabilitering är av godo eller inte kan behövas brytas ner ytterligare. Tidig rehabilitering kan vara bra under vissa förhållanden och för vissa grupper. Dessutom kan rätt tidpunkt för vissa sjukskrivningar ligga relativt långt fram i tiden. En studie av Marnetoft och Selander (2002) har visat att tidig rehabilitering av långtidssjukskrivna har positiva långtidseffekter för kvinnor, och i synnerhet yngre kvinnor. Bland yngre kvinnor är psykiska sjukdomar dominerande (Lidwall 2002) och långtidssjukskrivningarna för sådana besvär har ökat markant under senare år (Lidwall 2004). Det är möjligt att det särskilt för yngre med psykiska besvär är viktigt med tidigt insatta åtgärder. Samhället har också mycket att vinna på att åter få ut unga människor i arbetslivet.

Sjukskrivnas uppfattning om rehabilitering

För att arbetslivsinriktad rehabilitering ska lyckas är det viktigt att de sjukskrivna upplever att de olika aktörerna också försöker hjälpa dem att börja arbeta igen och att de känner sig delaktiga i rehabiliteringsprocessen. Annars finns det risk att de sjukskrivnas vilja och motivation att återgå i arbete sjunker och att individen därmed blir kvar i sjukskrivningen längre än nödvändigt. I förlängningen kan detta dessutom resultera i förtidspension och utslagning från arbetslivet.

En aktuell studie har undersökt de långtidssjukskrivnas uppfattning om de rehabiliterande åtgärder som vidtas av olika sjukskrivningsaktörer (Eklund & Ossowicki 2004). För en lekman är inte alltid avgränsningen mellan olika typer av åtgärder så tydlig, varför en något vidare definition av arbetslivsinriktas rehabilitering använts i nämnda studie. Studien visar att många som varit sjukskrivna 60 dagar eller längre upplever att det inte vidtagits några åtgärder alls. De sjukskrivna anser att det främst är de själva som varit aktiva när det gäller att vidta åtgärder som syftar till återgång i arbete. Ungefär 60 procent av de långvarigt sjukskrivna uppger att de själva vidtagit åtgärder för att kunna återgå i arbete, medan det är en betydligt lägre andel som upplever att de varit föremål för olika rehabiliteringsinsatser av arbetsgivare, företagshälsovård och försäkringskassa.

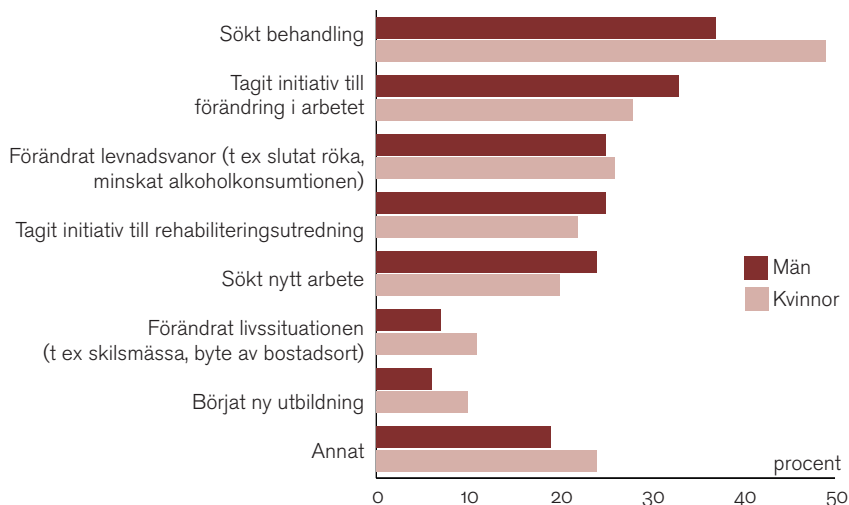
Tabell 11.5. Långtidssjukskrivna som själva vidtar åtgärder för att kunna återgå i arbete. Oddsvoter. Källa: Eklund och Ossowicki (2004).

	Samtliga	Kvinnor	Män
<i>Kön</i>			
Kvinna	0,9		
Man (ref)	1		
<i>Ålder</i>			
20–29 år	1,3	1,5	0,8
30–44 år (ref)	1	1	1
45–54 år	0,7***	0,7**	0,6**
55–64 år	0,3***	0,4***	0,3***
<i>Utbildning</i>			
Grundskola högst 9 år	0,8**	0,7***	0,9
Gymnasium (ref)	1	1	1
Högskola/universitet	1,7***	1,7**	1,6**
<i>Sjukskrivningsdiagnos</i>			
Besvär i rörelseorganen	1,5***	1,3*	1,9***
Psykiska sjukdomar	2,4***	2,3***	2,4***
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,9	1,2	0,8
Skador och förgiftningar	1,1	1,0	1,3
Övriga diagnoser (ref)	1	1	1
<i>Sjukskrivningslängd</i>			
60–89 dagar (ref)	1	1	1
90–179 dagar	1,3	1,3	1,3
180–364 dagar	2,0***	2,2***	1,7*
365 dagar eller längre	1,8***	2,2***	1,2
	n = 2 217	n = 1 488	n = 729

*** Signifikant på 1%-nivå, ** Signifikant på 5%-nivå och * Signifikant på 10%-nivå

De som främst vidtar åtgärder själva för att kunna börja arbeta igen är yngre, högutbildade personer som är sjukskrivna för psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen (se tabell 11.5). Äldre långtidssjukskrivna tar i mindre utsträckning än yngre initiativ till rehabiliterande åtgärder. Det är ungefär 70 procent mindre chans att personer äldre än 55 år själva vidtar åtgärder jämfört med personer i åldern 30–44 år. En förklaring till detta kan vara att äldre har kortare tid kvar i arbetslivet, vilket kan bidra till att de i mindre utsträckning känner sig motiverade att komma ur sjukskrivningen. I den gruppen finns också fler som kan tänka sig förtidspension (Cohen-Birman 2004; Eklund m fl 2002).

Den vanligaste åtgärden som vidtas är att de sjukskrivna söker egen behandling, såsom exempelvis psykoterapi och naprapati, och detta är vanligare bland kvinnor än bland män (se figur 11.5). Det är också relativt vanligt att de långtidssjukskrivna tar initiativ till förändringar i arbetet. Det kan röra sig om såväl förändrade arbetsuppgifter, förändrade arbetstider och förändrat arbetstempo, som olika former av hjälpmedel på arbetsplatsen.



Figur 11.5. Olika åtgärder som långtidssjukskrivna själva vidtar för att kunna återgå i arbete. Procent. Källa: Eklund och Ossowicki (2004). Staplarna summerar till mer än 100 procent eftersom respondenten har möjlighet att ange flera typer av åtgärder.

Det är något vanligare att män initierar en förändring på arbetsplatsen jämfört med kvinnor. Kvinnor å sin sida förändrar i större utsträckning än män sin livssituation eller påbörjar en ny utbildning.

Som tidigare nämnts har arbetsgivaren ett förstahandsansvar när det gäller den anställdes rehabilitering. Det är dock en relativt låg andel, endast 29 procent, av de långvarigt sjukskrivna som uppfattar att deras arbetsgivare vidtagit några rehabiliteringsåtgärder (Eklund & Ossowicki 2004). Det är en anmärkningsvärt låg andel, även om många sjukskrivna återgår i arbete utan rehabiliteringsinsatser.

Det är främst högt utbildade, landstingsanställda och personer med psykiska besvär som upplever att arbetsgivaren försökt hjälpa dem tillbaka till arbetet (se tabell 11.6). Det har även visat sig att ju längre individerna har varit sjukskrivna, desto större chans är det att någon rehabiliteringsåtgärd vidtagits av arbetsgivaren. Sjukskrivna på små arbetsplatser anser i signifikant mindre utsträckning att arbetsgivaren vidtagit åtgärder.

De vanligaste åtgärderna som vidtagits av arbetsgivaren är att de gett den anställda andra arbetsuppgifter och ändrat arbetstidens längd, vilket i praktiken oftast innebär en minskning av arbetstiden. Det är mindre vanligt att arbetsgivaren erbjudit utbildning eller förändrat den fysiska arbetsmiljön i form av exempelvis höj- och sänkbara bord eller hjälpmedel (Eklund & Ossowicki 2004). Att relativt få sjukskrivna uppfattar att arbetsgivaren vidtagit arbetslivsinriktad rehabilitering, samtidigt som de upplever att arbetsgivaren är central, styrks av tidigare studier (Arnesson 2000; Gerner 1999; Jakobsson 2004; SOU 2000:78; 2002:5).

Även om det är arbetsgivarna som har ett förstahandsansvar att vidta rehabiliteringsåtgärder för de sjukskrivna anställda, har Försäkringskassan också en viktig roll när det gäller att få tillbaka sjukskrivna i arbete. Försäkringskassan har dels ett förstahandsansvar för sjukskrivna utan arbetsgivare och arbetslösa sjukskrivna, dels ett samordningsansvar för övriga sjukskrivna. Detta innebär att den vid behov ska initiera och samordna rehabiliteringsåtgärderna från de privata och offentliga aktörerna. Försäkringskassans uppgift är också att motivera de sjukskrivna att delta i åtgärderna (RFV 2004b). Dessa uppgifter förutsätter att det finns en nära kontakt mellan den sjukskrivne och Försäkringskassan.

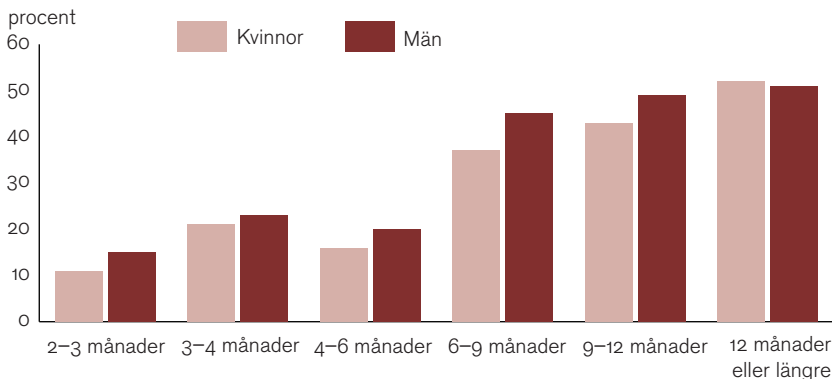
Det är dock en låg andel bland de långtidssjukskrivna som överhuvudtaget menar att de har haft kontakt med Försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete (Eklund & Ossowicki 2004). Endast 34 procent av dem

Tabell 11.6. Långtidssjukskrivna som uppger att arbetsgivaren vidtagit åtgärder för att få tillbaka individen i arbete. Oddskvoter. Källa: Eklund och Ossowicki (2004).

	Samtliga	Kvinnor	Män
<i>Kön</i>			
Kvinna	1,0		
Man (ref)	1		
<i>Ålder</i>			
20–29 år	0,6**	0,6*	0,7
30–44 år (ref)	1	1	1
45–54 år	0,9	1,0	0,7
55–64 år	0,7**	0,7**	0,7
<i>Utbildning</i>			
Grundskola, högst 9 år	0,9	0,7**	1,4
Gymnasium (ref)	1	1	1
Högskola/universitet	1,3**	1,2	1,4
<i>Sektor</i>			
Stat	1,2	1,2	1,3
Kommun	1,3*	1,2	1,7*
Landsting	1,6**	1,6**	1,1
Privat (ref)	1	1	1
Eget företag	1,1	0,9	1,3
Annan	1,2	1,4	0,9
<i>Antal anställda på arbetsplatsen</i>			
1–19 anställda	0,7***	0,7***	0,6**
20–99 anställda (ref)	1	1	1
100 eller fler anställda	1,0	0,9	1,4
<i>Sjukskrivningsdiagnos</i>			
Besvär i rörelseorganen	0,9	1,0	0,8
Psykiska sjukdomar	1,3**	1,4**	1,2
Cirkulationsorganens sjukdomar	1,1	1,3	0,9
Skador och förgiftningar	0,9	1,0	0,7
Övriga diagnoser (ref)	1	1	1
<i>Sjukskrivningslängd</i>			
60–89 dagar (ref)	1	1	1
90–179 dagar	1,6***	1,8***	1,3
180–364 dagar	1,9***	1,9***	2,1**
365 dagar eller längre	2,5***	2,1***	2,0***
	n = 1 918	n = 1 285	n = 633

*** Signifikant på 1%-nivå, ** Signifikant på 5%-nivå och * Signifikant på 10%-nivå.

som varit sjukskrivna minst 60 dagar och 52 procent av dem som varit sjukskrivna minst ett år har varit i kontakt med någon handläggare på Försäkringskassan för att diskutera kring hur den sjukskrivne ska kunna börja arbeta igen (se figur 11.6).



Figur 11.6. Andel långtidssjukskrivna som har haft kontakt med Försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete, uppdelat på sjukskrivningslängd. Procent. Källa: Eklund och Ossowicki (2004).

Det är också relativt få långvarigt sjukskrivna (16 procent) som uppger att Försäkringskassan vidtagit någon åtgärd för att de ska kunna återgå i arbete (Eklund & Ossowicki 2004). Äldre sjukskrivna uppger i mindre utsträckning än yngre att Försäkringskassan har försökt hjälpa dem åter i arbete, vilket sammanfaller med resultat från en tidigare studie (Marklund 1995). Detta gäller även när hänsyn tas till kön, utbildningsnivå, diagnos och sjukskrivningslängd. Arbetsträning är den vanligaste åtgärden som initieras av Försäkringskassan. Av dem som fått åtgärder från Försäkringskassan anger 37 procent att de fått arbetsträning på den egna arbetsplatsen, medan 24 procent uppger att de fått arbetsträning på en annan arbetsplats. Även tidigare studier visar att arbetsträning är den vanligaste formen av arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd (Arneson 2000; Edlund & Lidwall 1997; Goede 2000).

Skillnader i perspektiv och uppfattningar om problem och målsättningar leder till att synen på rehabiliteringsverksamheten kan skilja sig åt mellan sjukskrivna, Försäkringskassans handläggare och statsmakternas aktörer. Exempelvis kan det finnas en konflikt mellan hur rehabiliteringsuppdraget formuleras på central nivå och hur uppdraget uppfattas av de enskilda handläggarna på Försäkringskassan. I "uppifrånperspektivet" består yrkesrollen som rehabiliteringssamordnare i att utreda, kontrollera, fatta beslut och samordna, medan det från handläggarperspektiv finns en betoning på

yrkesrollen som ett socialt arbete med fokus på bemötande, personligt stöd och problemlösning. Dessa skillnader i perspektiv kan få negativa konsekvenser för rehabiliteringsresultatet eftersom målformuleringar och resurstilldelning riskerar att bli fel (Ekblad 2003).

En ytterligare motsättning kan finnas mellan de olika roller som en handläggare på Försäkringskassan har. Å ena sidan är handläggaren en myndighetsperson som ska kontrollera att ersättning inte betalas ut i onödan eller alltför länge. Å andra sidan ska handläggaren fungera som problemlösare, vägledare och stöd för den enskilde att underlätta återgång i arbete. De sjukskrivna lyfter ofta fram den senare rollen som viktig. De poängterar vikten av goda socioemotionella relationer, tilltro och god kommunikation med rehabiliteringsaktörerna för ett lyckat resultat (Östlund 2002).

Samtidigt som det visat sig att en stor andel av de långtidssjukskrivna upplever att de inte fått någon hjälp av de olika aktörerna är många positiva. Två av tre anser att de i hög grad eller i viss mån har fått den hjälp de behöver för att kunna återgå i arbete. En av tre långtidssjukskrivna menar dock att de inte fått den hjälp och de insatser som är nödvändiga för att de ska kunna börja arbeta igen (Eklund & Ossowicki 2004).

Sammanfattningsvis kan det utifrån Eklund och Ossowickis studie konstateras att det är en låg andel av de långtidssjukskrivna som upplever att åtgärder och insatser vidtas av sjukskrivningsaktörerna för att de ska kunna återgå i arbete. Även om många återgår i arbete utan rehabiliteringsinsatser är det ändå anmärkningsvärt att så få av de långvarigt sjukskrivna upplever att de fått hjälp från de olika aktörerna. Över lag visar det sig inte vara några skillnader mellan kvinnor och män när det gäller uppfattningen om i vilken utsträckning åtgärder vidtas för att hjälpa dem tillbaka i arbete. Däremot finns vissa könsskillnader när det handlar om vilken typ av åtgärder de uppfattar att de får. Dessa motsvarar även de skillnader som finns mellan könen när det gäller faktiskt erbjudna åtgärder.

Sammanfattande slutsatser

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen syftar till att underlätta för långtidssjukskrivna att återgå i arbete. Resultaten av de studier som genomförts i Sverige under de senaste två decennierna tyder dock på att verksamheten har stora svårigheter. Resurserna för arbetslivsinriktad rehabilitering motsvarar bara några procent av de totala kostnaderna för sjukskrivning och

förtidspension. Satsningen på arbetslivsinriktad rehabilitering har inte alls följt ökningen av antalet långtidssjukskrivna under senare år.

De negativa resultat kring arbetslivsinriktad rehabilitering som ofta framkommer i studier, det vill säga att andelen som friskskrivs är lägre bland sjukskrivna som får rehabiliteringsåtgärder, jämfört med sjukskrivna som inte får några åtgärder, är ett tämligen trivialt faktum. Det kan i huvudsak förklaras av att de som får rehabiliteringsåtgärder har varit sjukskrivna under längre tid och har dessutom i allmänhet svårare besvär. Det är inte heller förvånande att sjukskrivna som får aktiva åtgärder i form av utbildning eller arbetsträning uppvisar bättre resultat än de som genomgår en mer passiv åtgärd i form av utredning.

Resultaten visar att rehabiliteringen kommer igång allt senare i sjukfallen. En stor andel av åtgärderna är inriktade på utredningar och bedömningar snarare än på mer aktiva åtgärder. Det sker förstas en selektion av individer som ska bli föremål för aktiv rehabilitering utifrån bland annat behov och sjukskrivningslängd. Valet av individer förefaller dock påverkas även av andra faktorer. Det finns tydliga skillnader mellan olika grupper av sjukskrivna när det gäller såväl *om* som *när* aktiva åtgärder erbjuds, men även i fråga om *vilken typ* av åtgärder. De skillnader som observerats mellan olika åldersgrupper, kvinnor och män samt personer med olika diagnoser kan inte alltid förstås utifrån en rationell grund. I en stor andel av sjukfallen är selektionen till aktiviteten snarare av typen "sista åtgärd" för att kunna bevilja förtidspension än en kraftfull satsning för de individer som skulle kunna ha chans att komma tillbaka i arbete.

Rehabiliteringsresultaten är mest positiva för yngre sjukskrivna, men även sjukskrivna högt upp i förvärvsaktiv ålder kan ha en väsentlig rehabiliteringspotential. Sjukskrivna med olika typer av ryggsjukdomar uppvisar också positiva friskskrivningsresultat efter arbetslivsinriktad rehabilitering. Det har också visat sig att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ökar chansen för en mer varaktig friskskrivning. Långvarigt sjukskrivna som varit föremål för åtgärder har en lägre risk för upprepad sjukskrivning jämfört med sjukskrivna som inte blivit föremål för åtgärder.

Det faktum att de samlade resultaten av rehabiliteringsinsatserna är svaga för vissa grupper av sjukskrivna stärks av att många individer inte heller upplever att arbetsförmågan förbättrats genom rehabiliteringsåtgärderna. Ett ökat välbefinnande för individen behöver inte sammanfalla med resultaten, uttryckta som minskat sjukskrivningsbehov, men den enskildes moti-

vation har däremot stor betydelse för återgång i arbete. Det är därför viktigt att känna till hur de enskilda individerna ser på de åtgärder som olika aktörer vidtar.

Många sjukskrivna tycks inte uppleva att några arbetslivsinriktade åtgärder alls har vidtagits av sjukskrivningsaktörerna för att hjälpa dem tillbaka i arbete. De långtidssjukskrivna anser att det främst är de själva som varit aktiva när det gäller att vidta åtgärder som syftar till återgång i arbete. Ungefär sex av tio långvarigt sjukskrivna uppger att de själva vidtagit åtgärder för att återgå i arbete, medan det är en betydligt lägre andel som upplever att de andra aktörerna vidtagit olika rehabiliteringsinsatser.

Det är en relativt låg andel bland de långvarigt sjukskrivna som upplever att arbetsgivarna har vidtagit några åtgärder som syftar till att få dem tillbaka i arbete. En tänkbar förklaring till att mindre än en tredjedel av de långvarigt sjukskrivna uppfattar att deras arbetsgivare har vidtagit några rehabiliteringsåtgärder är att många arbetsgivare, i synnerhet små, saknar resurser att hantera den lagstadgade skyldigheten att aktivt hjälpa sina anställda att komma tillbaka till arbetsplatsen efter en längre sjukskrivning. En annan förklaring kan vara att det på arbetsplatsen är svårt att organisera och finna arbetsuppgifter som passar den anställdes resterande arbetsförmåga.

Vidare är det högst anmärkningsvärt att det är så få sjukskrivna, endast hälften av dem som varit sjukskrivna längre än ett år, som har haft kontakt med Försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete. En grundläggande förutsättning för att få tillbaka sjukskrivna i arbete är att utgå från den sjukskrivnes behov, vilket förutsätter en nära samverkan med individen själv. En viktig roll för Försäkringskassan är att stödja och utveckla den sjukskrivnes egen delaktighet och motivation att delta i rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassans arbete med långtidssjukskrivna innebär att vägleda rätt personer till rätt sorts arbetslivsinriktad rehabilitering vid rätt tidpunkt i sjukfallet.

De ekonomiska och arbetsmarknadspolitiska effekterna av ungdomars allt senare etablering på arbetsmarknaden och ett ökat antal ålderspensionärer förstärks av att utanförställningen av personer i arbetsför ålder ökar. Det gäller arbetslösa, långtidssjukskrivna och förtidspensionärer. Förutom att det för dessa individer innebär ekonomiska och sociala påfrestningar är det en stor samhällsekonomisk börda. Det är därför viktigt att det finns effektiva instrument för att få tillbaka så många som möjligt i arbete. En del

behöver insatser från flera av de aktörer som är involverade i sjukskrivnings- och rehabiliterings processen och ibland behöver arbetet också pågå under en lång tid. Andra behöver bara en mindre insats eller ingen insats alls. Ett viktigt ansvar för alla rehabiliteringsaktörer är att så långt som möjligt vidta åtgärder och insatser. Alla aktörer kan på sitt sätt påverka rehabiliteringsprocessen och bidra till ett positivt resultat. Samtidigt måste det dock finnas en efterfrågan på arbetskraft om arbetslivsinriktad rehabilitering ska vara meningsfull.

Sammantaget kan man se arbetslivsinriktad rehabilitering som en angelägen uppgift för alla de aktörer som berörs av sjukskrivning, inklusive individen. Samtidigt visar sig den arbetslivsinriktade rehabiliteringen vara en verksamhet som behöver förbättras på många olika sätt. Regelverk och tillämpning är i starkt behov av förtydliganden med avseende på rollfördelning, målsättning och ambitionsnivå. Sannolikt behöver resurserna för att utreda och bedöma vilka åtgärder som ska sättas in för vilka individer förstärkas och preciseras. Det är också troligt att mer resurser behöver satsas på mer aktiva och framåtsyftande program. I båda fallen krävs en ökad professionalisering och förstärkning av yrkesrollen bland handläggare vid Försäkringskassan och andra yrkesgrupper som arbetar med detta uppdrag.

En grundförutsättning för ett lyckat slutresultat är också att arbetsliv och arbetsmarknad förmår att ta emot personer med större eller mindre begränsningar i arbetsförmågan och kan möta den enskilde individens behov. Detta är en stor utmaning för politiker, beslutsfattare och arbetsgivare.

För att kunna utveckla en professionell arbetslivsinriktad rehabilitering krävs också bättre studier och utvärderingar. Det behöver genomföras stora randomiserade och kontrollerade studier av väl definierade enskilda program. Även där det inte är möjligt att genomföra randomiserade studier finns det ett stort behov av kritiska och oberoende utvärderingar som (åtminstone) använder sig av jämförelsegrupper, genomför systematiska före- och eftermätningar samt försöker precisera programmens verkamma beståndsdelar. Detta är en utmaning för olika delar av välfärdsadministrationen, men även för forskare och utvärderare.

Referenser

- Aakvik A & Risa A E (1997) "Success through Selection in Norwegian Vocational Rehabilitation Programs" Working Paper, Bergen: Department of Economics, University of Bergen.

- Andersson C (1997) *Vem får arbetslivsinriktad rehabilitering?* RFV Redovisar 1997:10, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Andersson C & Lidwall U (1997) "Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering" i Marklund S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Andrén D (2001) *Work, Sickness, Earnings and Early Exits from the Labor Market. An Empirical Analysis Using Swedish Longitudinal Data*. Ekonomiska studier utgivna av Nationalekonomiska institutionen nr 107, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Arneson H (2000) "Arbetsgivarens rehabiliteringsinsatser – kvinnors hälsa och återgång i arbete" Rygg och Nacke 7, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Bengtsson P & Björklund G (1996) *Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och tidsfaktorns betydelse för resultatet i rehabiliteringen*. Göteborg: Bohusläns Allmänna Försäkringskassa.
- Bergendorff S, Borgny E & Westin M (1994) *En studie av rehabiliteringsarbetet på försäkringskassan*. RFV Redovisar 1994:5, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Bergendorff S, Edlund T, Lidwall U, Ljungberg D & Olsson S (1997) "Resultat av arbetslivsinriktad rehabilitering" i Marklund S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Bergendorff S & Gordon D (2000) "Vocational and Other Non-medical Interventions" i Bloch FS & Prins R (red) *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. New Brunswick, USA, Transaction Publishers.
- Björklund M (1998) *Gränsöverskridande rehabilitering – en studie av 111 verksamheter för personer med psykisk störning*. Psykiatriuppföljningen nr 1998:3, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Cohen-Birman M (2004) *Vem önskar lämna arbetslivet med förtidspension?* RFV Analyserar 2004:7, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Dahl S Å, Hansen H-T, Lensberg T & Pedersen U (1991) *Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av yrkesmessig atfering*. SNF Rapport nr 37/91, Bergen: Stiftelsen for samfunns- og naeringslivsforskning.
- Edlund T & Lidwall U (1997) "Vilken arbetslivsinriktad rehabilitering erbjuds?" i Marklund S (red) *Risk- och friskfaktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. RFV Redovisar 1997:6, Stockholm: Riksförsäkringsverket.

- Ekberg K (2004) "Arbetslivsinriktad rehabilitering" s 365–380 i Gustafsson RÅ & Lundberg I (red) *Arbetsliv och hälsa 2004*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket och Liber idéförlag.
- Ekberg K, Heide A & Petersson B (2002) "Förutsättningar för en effektiv selektion i utredningsarbetet på försäkringskassorna" *Fakta & Debatt*, nr 1 2002, Stockholm: Försäkringskassaförbundet.
- Ekberg K & Linton S (1994) "Tidig rehabilitering inte entydigt positivt" *Läkartidningen*, vol 91, nr 10, s 969–972.
- Ekblad S (2003) "Officiella och inofficiella bilder av en yrkesroll – den tysta kunskapens villkor" *Socialmedicinsk tidskrift*, 80, s 154–162.
- Ekholm J, Bergroth A, Selander J, Marnetoft S-U, Schöldt K, Jakobsson B, Ludvigsen Ehnage P, Åhrberg Y & Kärrholm J (2002) *Hinder och framgångsfaktorer i rehabiliteringsprocessen. En sammanfattning baserad på kvantitativa och kvalitativa studier av faktorer eller företeelser associerade med långtidssjukskrivnas återkomst i arbete*. Rapport 2002:1, Östersund: Mitthögskolan, Centrum för Socialförsäkringsforskning.
- Eklund M (2003) *Arbetsförhållanden – orsak till sjukskrivning?* RFV Analyserar 2003:10, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Eklund M, Jonasson B & Sundén A (2002) *Sjukskrivnas syn på hälsa och arbete. En första beskrivning av resultaten från undersökningen om Hälsa, Arbetsförhållanden, Livssituation och Sjukskrivning*. RFV Analyserar 2002:16, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Eklund M & Ossowicki M (2004) *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. RFV Analyserar 2004:8, Stockholm: Riskförsäkringsverket.
- Gerner U (1999) "Rehabilitering ur ett individperspektiv. En enkätundersökning bland sjukskrivna bland Stockholms, Kristianstads och Västernorrlands län" Rygg och Nacke 4, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Goede C (2000) "Arbetslivsinriktade åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär" Rygg och Nacke 6, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Hansson E & Hansson T (1999) "Medicinska åtgärder för sjukskrivna med rygg- och nackbesvär" Rygg och Nacke 3, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Hetzler A, Melén D & Bjurstedt D (2004) "Rehabiliteringens verklighet" manuskript, Lund: Sociologiska institutionen, Lunds universitet.
- Høgelund J (2003) *In Search of Effective Disability Policy*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- Jakobsson B (2004) *Co-operation in Vocational Rehabilitation*. Stockholm: Division of Rehabilitation Medicine, Karolinska institutet.
- Landstad B & Silfwerbrand E (1995) *Rehabiliteringens framväxt inom socialförsäkringen*. Rapport 1995:10, Östersund: Mithögskolan, Centrum för socialförsäkringsforskning.
- Lidwall U (2002) *Långtidssjukskrivningar för psykisk sjukdom och utbrändhet – Vilka egenskaper och förhållanden är utmärkande för de drabbade?* RFV Analyserar 2002:4, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lidwall U (2004) *Psykiska sjukdomar och stressrelaterade besvär – Långvariga sjukskrivningar åren 1999 till 2003*. RFV Redovisar 2004:8, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Lindqvist R (2000) *Att sätta gränser: Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa.
- Marklund S (1995) "Vilka långtidssjuka blir rehabiliterade?" i Marklund S (red) *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Marnetoft SU & Selander J (2002) "Long-term Effects of Early Versus Delayed Vocational Rehabilitation — A Four Year Follow-up" *Disability and Rehabilitation*, 24, s 741–745.
- Nygren Å, Berglund A & Marnetoft S U (1994) "Marknadsstyrd rehabilitering – en bransch i behov av översyn" *Läkartidningen*, vol 91, nr 18, s 1827–1835.
- Olkiewicz E (1995) *RIKS-LS – en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering*. RFV Redovisar 1995:20, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Palmer E & Tasiran A (2001) "What Determines Work Resumption from Long Sickness Spells? An Analysis from a Six-country Study" i Schokkarert E (red) *Ethics and Social Security Reform*. FISS International Studies in Social Security, vol 7, Aldershot, United Kingdom, Ashgate.
- RFV (2004a) "Årsredovisning 2003" Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- RFV (2004b) *Sjukförsäkring och rehabilitering*. RFV Vägledning 2004:2, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Riksrevisionen (2004) *Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering*. RIR 2004:21, Stockholm: Riksdagstryckeriet.
- Selander J (1999) *Unemployed Sick-leavers and Vocational Rehabilitation*. Stockholm: Department of Rehabilitation Medicine, Karolinska institutet.

- Selander J, Marnetoft SU, Bergroth A & Ekholm J (2002) "Return to Work Following Vocational Rehabilitation for Neck, Back and Shoulder Problems: Risk Factors Reviewed" *Disability and Rehabilitation*, 24, s 704–712.
- Sennvall P O (2002) *Socialförsäkring, kön och agenda*. Rapport 37, Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.
- sou 1988:41, *Tidig och samordnad rehabilitering. Samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m m*. Betänkande av Rehabiliteringsberedningen, Stockholm: Fritzes.
- sou 1990:49, *Arbete och hälsa*. Betänkande av Arbetsmiljökommissionen, Stockholm: Allmänna förlaget.
- sou 1996:113, *En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering*. Stockholm: Fritzes.
- sou 2000:78, *Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum*. Betänkande från Utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Stockholm: Fritzes.
- sou 2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Slutbetänkande och Bilagor av Utredningen om en handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, Stockholm: Fritzes.
- scb (2003) *Undersökning om hälsa, arbetsförhållanden, livssituation och sjukskrivning*. Tekniskt Rapport, Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Veerman TJ & Palmer E (2000) "Work Resumption and the Role of Interventions" i Bloch FS & Prins R (red) *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity & Reintegration*. New Brunswick, USA, Transaction Publishers.
- Östlund G (2002) *Promoting Return to Work – Lay Experiences After Sickness Absence with Musculoskeletal Diagnoses*. Linköping University Medical Dissertation No 759.

12.

Vilande förtidspension

Joakim Söderberg

SVENSK SOCIALPOLITIK HAR I MODERN TID präglats av ambitionen att stimulera individers deltagande i arbetslivet. Vikten av att uppmuntra personer med förtidspension¹ att återgå till arbetslivet och ett i övrigt aktivt liv har ofta betonats från ett samhällsekonomiskt perspektiv, men också utifrån vetenskapen att arbete ger möjlighet till personlig utveckling och social gemenskap.

Förtidspension i olika kombinationer med sjukfrånvaro och arbetslöshet är den vanligaste vägen ut ur arbetslivet (Andrén 2001; Hemmingsson 2004; Palme & Svensson 2004). En väldigt liten andel av dem som får förtidspension² kommer tillbaka till förvärvsarbete.

Det finns tre huvudsakliga faktorer som har stor betydelse för att förmå personer att återinträda på arbetsmarknaden. För det första är det viktigt att intervensera så snart som möjligt i ett sjukfall där en trolig utgång är förtidspension för att därigenom förebygga och underlätta återgång i arbete. Det har visat sig vara av stor vikt att insatserna kommer så tidigt som möjligt eftersom ju längre tid en individ väntat på att erhålla förmånen desto svagare är individens incitament att ändra sig (Berkowitz 1996). För det andra är det viktigt att identifiera och förse socialförsäkrings- och arbetsmarknadsinstitutionerna med ändamålsenliga verktyg för att nå målen att underlätta för personer att återgå i arbete. För det tredje är det nödvändigt

1. Bestämmelserna om förtidspension och sjukbidrag upphörde att gälla vid årsskiftet 2002/03. I och med det infördes regler om sjuk- och aktivitetsersättning. Vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga kan försäkrade i åldrarna 30–64 år få sjukersättning. Är arbetsförmågan nedsatt för en begränsad tid (minst ett år) kan den försäkrade få tidsbegränsad sjukersättning. Försäkrade i åldrarna 19–29 år kan få aktivitetsersättning. Aktivitetsersättning är alltid tidsbegränsad och kan ges för mellan ett och tre år i taget. Ersättningsnivån för sjuk- och aktivitetsersättning är ungefär 60 procent av tidigare inkomst.

2. I denna studie används begreppet förtidspension genomgående som ett samlingsnamn för sjuk- och aktivitetsersättning, förtidspension samt sjukbidrag.

att strukturera ersättningssystemen så att de uppmuntrar individerna att återgå i arbete.

När en individ blivit beviljad förtidspension upphör i stort samhällets insatser; varken Försäkringskassan eller arbetsförmedlingen har ett tydligt definierat rehabiliteringsansvar för den förtidspensionerade. Därmed saknas det en form av omställningsförsäkring som är anpassad för personer som kanske har återfått en del av sin arbetsförmåga och vill prova på att arbeta igen.

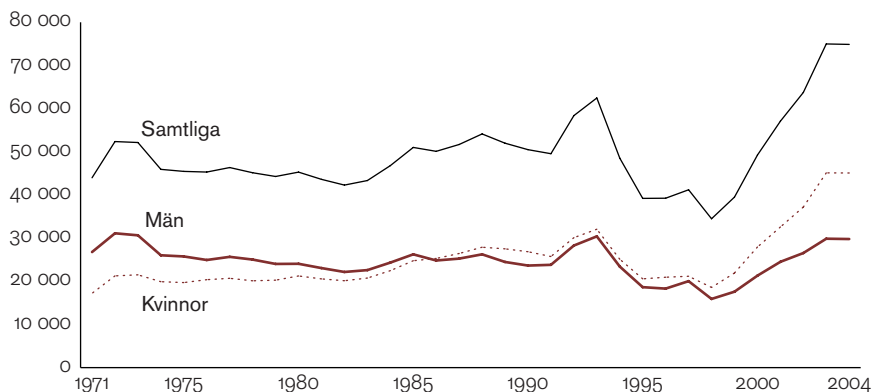
Systemet med vilande förtidspension kan sägas utgöra en brygga mellan arbetsmarknadspolitiken och socialpolitiken, det vill säga mellan arbetslinjens ambition att återställa eller tillvarata kvarstående arbetsförmåga och rätten till utträde genom förlorad arbetsförmåga på grund av ohälsa.

Syftet med detta kapitel är att redovisa hur systemet med vilande förtidspension hittills har använts sedan det infördes år 2000. Vilande förtidspension är ett steg i riktningen att skapa ett verktyg för Försäkringskassan, samtidigt som den stärker individens incitament att söka sig ut på arbetsmarknaden igen. En bärande tanke med systemet med vilande förtidspension är att underlätta för personer med förtidspension att återinträda på arbetsmarknaden.

Utveckling av nybeviljade förtidspensioner

Det finns en naturlig koppling mellan antalet långvarigt sjukskrivna och förändringar i antalet personer med nybeviljad förtidspension och sjukbidrag. Antalet sjukfall har fortsatt att öka och i augusti 2004 uppgick antalet pågående sjukfall till cirka 225 000. I takt med att antalet sjukfall ökar har också inflödet till förtidspensionssystemet ökat betydligt.

Antalet individer som har beviljats förtidspension respektive sjukbidrag har varierat under de senaste decennierna. Figur 12.1 visar utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner under perioden 1971–2004. Under 1970- och 1980-talen beviljades mellan 45 000 och 50 000 nya förtidspensioner per år. Några år in på 1990-talet steg nybeviljandet till historiskt höga nivåer. Det huvudsakliga skälet var att försäkringskassorna kraftigt ökade insatserna på rehabiliteringsområdet och ett stort antal personer med långvariga sjukskrivningar fick förtidspension, eftersom de inte bedömdes kunna återgå till arbetet ens med stöd av rehabilitering. Samtidigt avskaffades i oktober 1991 möjligheten att beviljas förtidspension enbart av arbetsmarknadsskäl för personer över 60 år.



Figur 12.1. Utvecklingen av nybeviljade förtidspensioner. Källa: Försäkringskassan.

Det finns ett tydligt mönster mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet över tiden. I perioder av hög arbetslöshet är sjukfrånvaron låg och vice versa (Ds 2002:49). Den kraftiga lågkonjunktur som Sverige drabbades av under början av 1990-talet kan också skönjas i utvecklingen av antalet långtidssjukskrivna och nybeviljande förtidspensioner (Cohen Birman m fl 2004). Sambandet mellan arbetslöshet och förtidspensionering är dock inte entydigt. En möjlig förklaring till detta är att hög arbetslöshet ökar risken för förtidspension om arbetslösheten är av strukturell karaktär och därigenom leder till försörjningsproblem för individen. Om arbetslösheten är konjunkturrell belastas i stället arbetslöshetsförsäkringen hårdast (Lidwall & Skogman Thoursie 2000).

Efter toppåret 1993 sjönk nybeviljandet och nådde åren 1995, 1996 men framför allt 1998 de lägsta nivåerna sedan början av 1970-talet. Nedgången berodde på ett minskat tillskott av långvarigt sjukskrivna men också på skärpta regler och en mer restriktiv tillämpning. Framför allt har minskningen skett i de allra högsta åldersgrupperna. Övriga åldrar har snarare ökat något. Genomsnittsåldern för en nybliven förtidspensionär har sålunda minskat från knappt 55 år i slutet på 1980-talet till drygt 50 år i slutet på 1990-talet.

Fram till omkring 1985 var det fler män än kvinnor som beviljades förtidspension. Därefter har antalet kvinnor som beviljas förtidspension blivit fler. Under senare år har skillnaderna mellan könen accentuerats ytterligare.

Förtidspensionärerna har också under senare år tenderat att bli yngre och en ökande andel har invandrarbakgrund (Stattin 2003). Denna utveckling har accelererat efter 1998. En av förklaringarna till att kvinnornas andel av det totala antalet nybeviljade förtidspensioner successivt har ökat sedan 1970-talet är kvinnornas allt högre förvärvsfrekvens. Under innevarande år kommer närmare 75 000 personer att nybeviljas förtidspension. Av dessa är cirka 30 000 män och 45 000 kvinnor. Det är vanligare att kvinnor har partiell pension, omräknat till heltidsekvivalenter skiljer det sig inte mycket mellan könen. Det totala antalet förtidspensioner uppgick till cirka 540 000 personer vid utgången av december 2004.

Mellan 11 och 12 procent av befolkningen i aktiv ålder har alltså av hälsoskäl helt eller delvis lämnat arbetslivet med förtidspension och andelen stiger med ökande ålder (www.scb.se, statistiska databaser, AKU). I åldrarna 60–64 år är andelen så hög som 30 procent.

Mot bakgrund av denna utveckling har ett nytt regelverk införts för att underlätta för personer att få arbete och från och med den 1 januari år 2000 gäller en ny lag om vilande förtidspension. Lagen gör det möjligt för förtidspensionärer att pröva på att förvärvsarbeta med (delvis) bibehållen rätt till förtidspension. En bärande tanke med systemet med vilande förtidspension är att underlätta för förtidspensionärer att återigen söka sig ut på arbetsmarknaden.

Den nya lagstiftningen ska ses mot bakgrund av de växande kostnaderna för förtidspension under 1990-talet. Det Försäkringskassan har att erbjuda förutom rehabilitering är att pröva på att arbeta med ersättningen vilande. Detta kräver naturligtvis i sin tur att det finns en reell möjlighet för den försäkrade att få ett arbete.

Vad innebär vilande förtidspension?

Sedan reglerna om vilande förtidspension infördes den 1 januari 2000 har en del förändringar av reglerna skett i samband med och efter det att förtidspensionssystemet ersatts av sjuk- eller aktivitetsersättning.

En förutsättning för vilande ersättning är att den försäkrade måste ha haft ersättningen ett år innan den kan förklaras vilande. Det är helt frivilligt att få ersättningen vilande och den försäkrade väljer själv i vilken omfattning han eller hon vill pröva på att förvärvsarbeta.

När vilande förtidspension infördes kunde ersättningen förklaras vilande i upp till tre år. Reglerna för att få ersättningen åter skiljde sig mellan år ett

och år två och tre. Under det första året kunde den försäkrade när som helst få förtidspensionen utbetalad igen. Han eller hon kunde även ansöka om en provotid på högst tre månader. Provotiden innebär att lön från arbetsgivaren betalas ut samtidigt som man får förtidspension utbetalad. Efter det första året kunde han eller hon ansöka om vilande ersättning i ytterligare upp till två år. Avbröts arbetsförsöket under år två eller tre prövade Försäkringskassan om ersättningen kunde betalas ut igen. Förtidspensionen får däremot inte dras in eller sättas ned på grund av att individen har uppvisat en väsentligt förbättrad arbetsförmåga (Prop 2002/03:89).

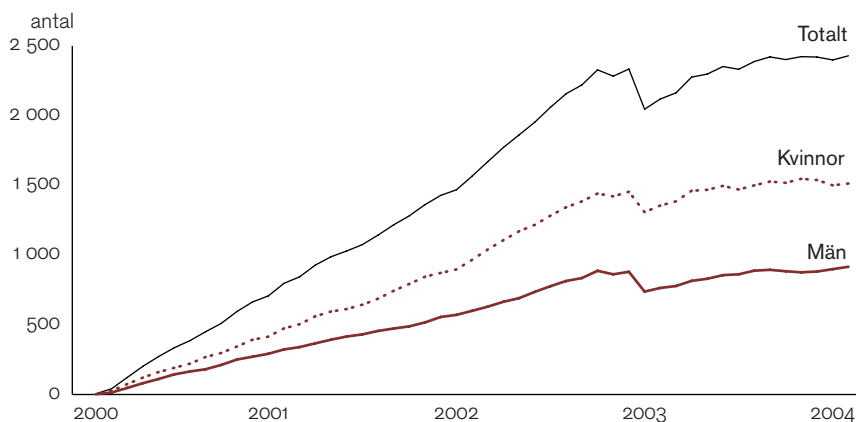
När sjuk- eller aktivitetsersättning infördes den 1 januari 2003 ändrades reglerna. Ändringen gällde enbart aktivitetsersättningen. Aktivitetsersättningen, som alltid är tidsbegränsad, kan vara vilande i högst två år, det vill säga under den återstående tid som beslutet omfattar. Ytterligare en förändring som gjordes var att försäkrade med aktivitetsersättning kan, utan någon prövning, när som helst få tillbaka sin ursprungliga ersättning. För dem som fick sjukersättning ändrades inte reglerna. Motsvarande regeländring för försäkrade med sjukersättning gjordes ett halvår senare den 1 juli 2003, vilket innebär att reglerna nu kom att gälla både tidsbegränsad och icke tidsbegränsad ersättning.

Vilandesystemet innebär alltså att incitamenten för att pröva på att arbeta har stärkts dels genom möjligheten till tre månader med dubbla inkomster (lön samtidigt med ersättning från Försäkringskassan), dels genom att individen under vilandeperioden inte riskerar att förlora rätten till sin förtidspension.

Hur har vilandesystemet nyttjats hittills?

Från det att reglerna infördes i januari 2000 fram till i februari 2004 har totalt cirka 5 600 personer haft sin förtidspension vilande, vilket motsvarar ungefär en procent av dem som finns i förtidspensionsbeståndet år 2004. Statistiken är emellertid bristfällig eftersom det i flera fall saknas information från den initiala perioden med provotid (den tid då individen kan ha lön och ersättning från socialförsäkringen samtidigt). Denna brist gör det omöjligt att få en korrekt uppfattning om hur många som enbart nyttjat möjligheten till provotid. Dessutom går det inte att få någon uppfattning om hur provotiden som ekonomiskt incitament fungerar.

Antalet med vilande förtidspension har successivt ökat sedan år 2000 och i slutet av februari 2004 hade 2 420 personer sin ersättning vilande,



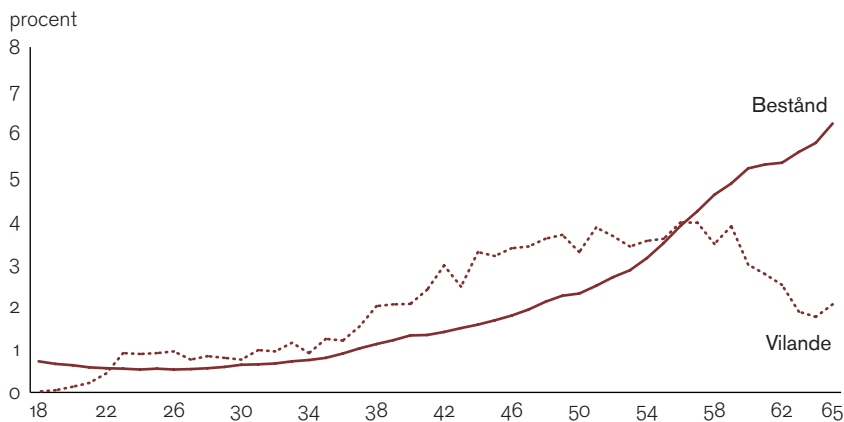
Figur 12.2. Antalsutveckling av dem med vilande förmån respektive månad, män och kvinnor samt totalt.

varav 920 män och 1 500 kvinnor, se figur 12.2. Kurvan över antalet personer med vilande förtidspension tenderar att plana ut och under 2003 påbörjades färre perioder med vilande förtidspension jämfört med tidigare år (1 586 mot 1 822 personer 2002). En av anledningarna till nedgången i antalet med vilande ersättning mellan december 2002 och januari 2003 kan vara en tillfälligt ökad osäkerhet inför införande av de nya reglerna vad gäller sjuk- eller aktivitetsersättning. Denna osäkerhet kan ha medfört det tapp av 288 personer (tolv procent) som valt att avsluta sin vilandeperiod i anslutning till införandet av de nya reglerna vid årsskiftet.

Framförallt är det personer i åldrarna mellan 40 och 50 som söker sig ut på arbetsmarknaden igen via vilandesystemet, se figur 12.3. Genomsnittsåldern för män är 48 år mot 51 år för samtliga med förtidspension, här kallat beståndet av dem med förtidspension, se tabell 12.1. (Beståndet består alltså av dem som vid något tillfälle under tidsperioden haft förtidspension.) För

Tabell 12.1. Genomsnittlig ålder och tid med förtidspension för dem med vilande förmån respektive för samtliga med förtidspension.

	Personer i vilandesystemet		Samtliga med förtidspension	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ålder	47,6	48,6	50,7	52,1
Ersättningstid innan vilande	7,0	6,9	9,6	8,4



Figur 12.3. Åldersfördelningen för samtliga med förtidspension och för dem i vilandesystemet, procent.

kvinnor är genomsnittsåldern 49 år (mot 52 år i beståndet). Både män och kvinnor har i genomsnitt uppburit förtidspension under närmare sju år innan de söker få sin ersättning vilandeförklarad. Genomsnittstiden med förtidspension för dem i beståndet var för män tio år och för kvinnor åtta.

Personer som väljer att pröva på att arbeta via vilandesystemet har alltså uppburit förtidspension i genomsnitt ungefär lika lång tid innan de vilandeförklarar sin ersättning som de i beståndet med förtidspension.

Utfall för dem som avslutat vilandeperioden

Hur har det då gått för de personer som prövat på att arbeta och haft sin förtidspension vilande? I detta avsnitt redovisas utfallet för dem som under den studerade perioden haft möjlighet att vara inne full tid i vilandesystemet, det vill säga under maximalt tre år.

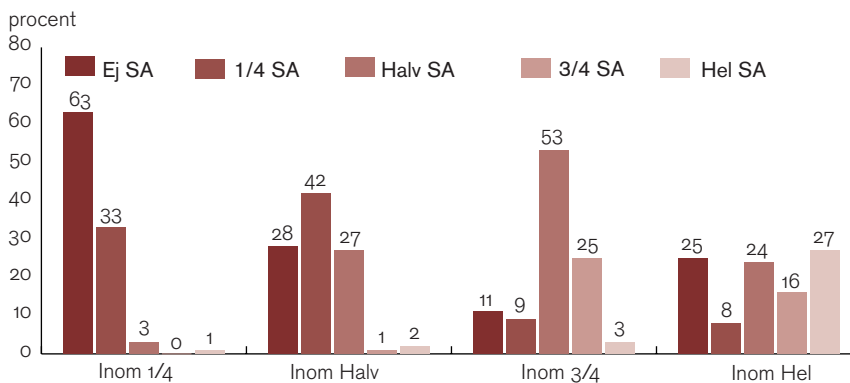
De individer som väljer att pröva på att arbeta har ofta en partiell förtidspension i utgångsläget och då vanligtvis halv nivå. För individer som redan har en förankring på arbetsmarknaden innebär troligtvis möjligheterna till vilande förtidspension ett förhållandevis enkelt sätt att pröva på att arbeta mer än tidigare. Av de personer som mellan januari 2003 och februari 2004 avslutade sin vilandeperiod har cirka 30 procent inte längre någon förtidspension. Detta innebär att närmare 70 procent, helt eller delvis, återigen har återtagit sin förtidspension.

Även om en majoritet av dem som prövar på att arbeta via vilandesystemet efter en period återgår till sin förtidspension har de ofta minskat sin ersättningsnivå jämfört med den nivå som rådde före perioden med vilande förtidspension. Detta gäller oavsett vilken nivå på ersättning de hade i utgångsläget. Det sker naturligtvis förändringar mellan olika nivåer på ersättningen även för dem i det totala beståndet förtidspensionärer. Statistiken är emellertid bristfällig.

Men dessa statusövergångar skiljer sig åt mellan de olika nivåerna. Av dem som initialt uppbar en fjärdedels ersättning har drygt 60 procent inte längre förtidspension och 33 procent har idag samma nivå de hade innan de prövarde på att arbeta, se figur 12.4. De enskilda statusövergångarna finns i bilaga.

De med halv förmån har också i stor utsträckning varit framgångsrika med att öka sin arbetsdel; 28 procent har inte längre någon ersättning och 42 procent har numera en fjärdedels ersättning.

För de individer som förväntas vara längst ifrån arbetsmarknaden, de med hel ersättning, så har en överraskande stor andel – 25 procent – inte längre någon förtidspension. Även om 75 procent av dem som uppbar hel ersättning även efter perioden med vilande ersättning fortfarande har förtidspension är ett viktigt resultat att närmare 50 procent ändå minskat sin andel och i stället för hel ersättning numera uppbar någon partiell nivå.



Figur 12.4. Statusövergångar efter en period med vilande inom grupper omfattande dem som före vilandeperioden hade en fjärdedels, halv, tre fjärdedels respektive hel sjuk- eller aktivitetsersättning (SA). (Notera att endast de individer som avslutade sin vilandeperiod mellan januari 2003 och februari 2004 finns med i analysen.)

Detta innebär att dessa individer i ett första steg aktivt har återknutit kontakten med arbetslivet och ett mer aktivt liv.

När vilandesystemet introducerades var förhoppningarna att cirka en procent per år av alla med förtidspension skulle ha sin ersättning vilande (se Prop 1999/2000:4 *Vilande förtidspension*). Denna förhoppning har inte infriats, utan antalet uppgår endast till cirka 0,4 procent. Även i andra länder finns motsvarande system. De tidiga resultat som framkommit med motsvarande försök i USA pekar på att deltagandet även där är lågt (cirka 0,75 procent) men med ett ökande intresse.³ I Norge är resultaten samstämmiga och pekar på ett väldigt lågt deltagande. Där har cirka 0,7 procent av förtidspensionärerna hittills återgått i arbete eller utökat sin arbetstid, med en positiv antalsutveckling.⁴ Är då det svenska systemet med vilande förtidspension lyckosamt?

De personer som påbörjade sin vilandeperiod under 2000 och 2001 har nu (vid utgången av 2003) haft möjlighet att befinna sig i systemet i maximal tid, det vill säga under tre år.⁵ Sammantaget har dessa personer i genomsnitt varit inne i systemet i drygt 18 månader, vilket är längre än vad som först förmodades i propositionen. Genomsnittet för hela populationen för hela perioden är cirka elva månader. Även om endast 5 600 personer varit inne i vilandesystemet och antalet personer som varje månad finns inne i systemet verkar plana ut vid i genomsnitt cirka 2 500 personer så har ändå de individer som är och har varit inne i vilandesystemet genererat totalt cirka 72 000 bruttomånader med arbete och närmare 48 000 månader netto.⁶

Samtantaget har antalet personer med hel förtidspension minskat med cirka 70 procent och antalet med halv nivå har minskat med cirka 60 pro-

3. USA:s motsvarighet till vilandesystemet är "Ticket to Work". För en beskrivning av det amerikanska systemet, se till exempel Rupp och Bell (2003).

4. Projektet *Tilbake til arbeid* startade 2001 och är ett nationellt samarbete mellan Ataten och Rikstrygdeverket. Statistik från Rikstrygdeverket, se www.trygdeetaten.no/

5. Sedan 2003 gäller två år, se avsnittet "Vad innebär vilande förtidspension" ovan.

6. En bruttomånad = totalt antal månader i vilandesystemet utan hänsyn tagen till om personen arbetar heltid eller deltid. Då hänsyn tas till omfattningen av förtidspensionen kan en nettomånad beräknas.

cent. Samtidigt har antalet med en fjärdedels och tre fjärdedels ersättning ökat med 50 respektive 40 procent. Endast cirka två procent har efter perioden med vilande ökat omfattningen på sin förtidspension. Nettoeffekten av alla flöden mellan de olika nivåerna innebär ändå att 30 procent inte längre har någon förtidspension och övriga har minskat sin omfattning.

I tidigare undersökningar om genomförda informationsinsatser⁷ framkom att den huvudsakliga anledningen till att avbryta vilandeperioden är hälsofaktorer (70 procent). Men även faktorer i privatlivet (16 procent) samt den ekonomiska situationen (14 procent) var avgörande. I 13 procent av fallen var ett skäl till avhopp att de förtidspensionerade inte ville riskera den framtida förtidspensionsersättningen. En stor andel (80 procent) av dem som påbörjade en vilandeperiod under år 2000 såg erfarenheterna från vilandeperioden som positiva, och viktiga faktorer bakom beslutet att ansöka om vilande förtidspension är möjligheten att förbättra sin ekonomiska situation och att få en meningsfull aktivitet (Johansson m fl 2002).

Det är framförallt personer med besvär i ryggen, inflammatoriska besvär, psykoser och neuroser (det vill säga diagnoser med psykiska sjukdomar och syndrom) samt personer med skador och förgiftningar som väljer att pröva på att arbeta, se tabell 12.2. De grupper som är underrepresenterade, i jämförelse med det totala antalet med förtidspension, utgörs framförallt av dem med synskador, personlighetsstörningar, utvecklingsstörningar, medfödda missbildningar och problem med andningsorganen.

En tidigare studie av de personer som påbörjade en vilandeperiod under 2000 har visat att det framförallt är individer med psykiska diagnoser som avbryter sin vilandeperiod och återtar sin förtidspension jämfört med personer med övriga sjukdomsdiagnoser (Söderberg m fl 2002).

De som uppbär förtidspension har ofta – åtminstone partiellt – varit borta från arbetsmarknaden en längre tid. Detta innebär att förutsättningarna för att utnyttja möjligheterna med vilande förtidspension är avhängiga förhållandena på arbetsmarknaden. En expansiv och varierad arbetsmarknad underlättar för individen att pröva på att arbeta. Likaså är konjunkturläget i ekonomin av stor betydelse för utvecklingen av antalet med vilande ersättning. Under den period som hittills studerats har dock inte konjunkturläget varit det bästa, vilket förmodligen haft inverkan på

7. Undersökning som bygger på intervjuer med 600 personer, RFV (2003).

Tabell 12.2. Fördelning efter huvuddiagnos för individer med vilande och för det totala beståndet med förtidspension.

Huvuddiagnos (enligt ICD-10)	Procent vilande	Procent totala beståndet med förtidspension
<i>Andra</i>		
Tumörer	2,1	0,8
Endokrina, nutrition, ämnesomsättning	1,5	3,0
Medfödda missbildningar	1,6	5,4
Symtom, ofullständigt preciserade fall	1,7	1,7
Skador, förgiftningar	5,2	1,5
Nervsystemet	5,3	6,0
Synskador	0,8	5,6
Öra	1,6	0,8
Cirkulationsorgan	4,5	1,9
Andningsorgan	1,8	5,5
Matsmältningsorgan	1,4	2,5
Huden	1,1	0,5
Övriga	2,1	10,6
<i>Muskuloskeletal</i>		
Inflammatoriska	5,8	1,2
Ryggar	15,8	3,7
Mjukdelar	11,6	14,7
Övriga	5,5	9,1
<i>Psykisk</i>		
Alkoholrelaterade	1,2	0,4
Psykoser	5,7	2,4
Neuroser	13,4	6,1
Personlighetsstörningar	4,0	11,8
Utvecklingsstörningar	1,7	2,9
Övriga	4,6	2,0

den observerade utvecklingen. Ett gott konjunkturläge spelar naturligtvis roll för om en person ska våga etablera sig på arbetsmarknaden igen, speciellt för dem som har hel förtidspension.

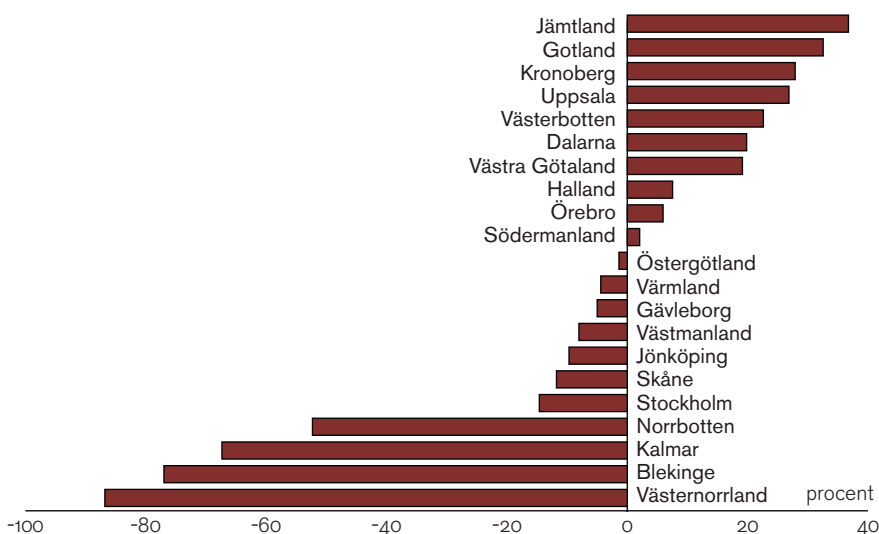
Regional utveckling

Det finns många faktorer som är viktiga för utvecklingen av antalet med vilande ersättning. Bland de avgörande hör den regionala arbetslöshetsnivån samt den lokala arbetsmarknadens struktur och funktionssätt.

Allra flest personer med vilande förtidspension finns i Stockholms län och i Västra Götalands län följt av Skåne län. Figur 12.5 visar avvikelser

från det förväntade antalet i respektive län. Det förväntade värdet är beräknat utifrån andelen med förtidspension i respektive län av det totala antalet i riket. Ett förväntat antal med vilande är att den andel av dem med vilande förtidspension av det totala antalet med vilande ska vara lika med motsvarande andel för det totala beståndet med förtidspension. Ett värde nära noll innebär att antalet med vilande ersättning är som förväntat i jämförelse med antalet med förtidspension i länet.

Inte överraskande följer antalet med vilande i stort befolkningmängden i de olika länen. Men i jämförelse med det totala antalet med förtidspension i respektive län har flest personer i Jämtlands, Gotlands och Kronobergs län prövat på att få sin ersättning vilandeförklarad (respektive 40, 32 och 28 procent fler än förväntat). Det omvända råder i Västernorrlands, Blekinge och Kalmar län (respektive 87, 77 och 67 procent färre än förväntat). Den stora regionala spridningen speglar engagemang och arbetssätt samt i vilken mån som Försäkringskassan i respektive län har tilldelats resurser för att arbeta med vilandeförmånen. Den stora spridningen i antalet med vilande innebär att det troligen finns mycket mer att göra i arbetet med att förmå fler individer att börja arbeta igen.



Figur 12.5. Avvikelser av antalet med vilande ersättning i förhållande till det förväntade antalet (i beståndet) i respektive län, procent.

I genomsnitt har 62 procent kvinnor prövat på vilande förtidspension vilket innebär att det är betydligt fler kvinnor som prövar på vilande förtidspension i jämförelse med andelen kvinnor av det totala beståndet med förtidspension (56 procent).

Andelen kvinnor i vilandesystemet skiljer sig även åt mellan regionerna. I Blekinge har 77 procent av dem som prövat på vilande förtidspension varit kvinnor medan andelen kvinnor i Gävleborgs län uppgår till 54 procent – en skillnad på 23 procentenheter (se bilaga).

Sammanfattning, diskussion och slutsatser

Det kan möjligen verka paradoxalt att målet med vilandesystemet är att befrämja arbete för en grupp individer som bedömts oförmögna att helt eller delvis utföra arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Personer som uppbär förtidspension har bedömts ha en medicinskt bestämbar nedsättning av arbetsförmågan och den absoluta majoriteten av dem som en gång får förtidspension kommer troligen aldrig att pröva på att arbeta på den reguljära arbetsmarknaden.

Att öka sysselsättningsgraden bland personer med förtidspension har visat sig vara svårt och antalet individer som sökt vilande förtidspension är – minst sagt – lågt. Åtminstone tre tolkningar av det bristande intresset är möjliga. Den första är att de individer som har förtidspension faktiskt saknar arbetsförmåga och att det därför inte är rimligt att vänta sig fler som använder sig av vilandesystemet. Den andra förklaringen är att arbetsmarknaden och de arbetstillfällen som erbjuds inte ter sig så ekonomiskt och socialt lockande att individen är villig att lämna den relativt trygga ekonomiska situation som en förtidspension kan innebära. Den tredje är att reglerna kring vilande förtidspension är för rigida och inte tillräckligt generösa för att locka ut personerna på en relativt osäker arbetsmarknad.

Endast omkring en procent av samtliga individer med förtidspension har någon gång varit inne i systemet med vilande ersättning och endast cirka 0,4 procent hade sin förtidspension vilandeförklarad vid utgången av 2004. Antalet personer med vilande förtidspension har stabiliserat sig och cirka 2 500 personer har varje månad sin ersättning vilande. Detta understiger den frekvens som förväntades⁸ när möjligheten till vilande förtidspension

8. Eftersom förslaget om vilande förtidspension var nytt fanns det inget underlag att grunda antagandena om antalet på, se prop 1999/2000:4, *Vilande förtidspension*.

infördes den 1 januari 2000. Positivt är att fler personer än vad som förväntades inför införandet har sin ersättning vilande mer än ett år. Positivt är också att detta i sin tur i hög utsträckning leder till att den försäkrade återgår i arbete, helt eller delvis.

Vanligast är att personer med tidsbegränsad och partiell ersättning prövar på att ha sin ersättning vilande. En orsak till detta kan vara att arbetsgivarna helst anställer personer de redan känner till. En annan orsak kan vara att det är svårt för de försäkrade att få hjälp med att finna ett arbete av arbetsförmedlingen.

Likväl arbetar många individer trots medicinska problem som skulle kunna berättiga till ersättning via förtidspensionssystemet. Framstegen inom såväl medicinsk vetenskap som rehabiliteringsteknik ökar möjligheterna för många individer med allvarliga handikapp att få – och kunna behålla – ett arbete. Detta faktum borde öka intresset för att utveckla rehabiliteringsåtgärder såväl som nya vägar via olika arbetsmarknadsinstitutioner. Dessutom borde människors möjligheter och aktiva initiativ till sysselsättning på den reguljära arbetsmarknaden uppmuntras än mer.

I och med vilandesystemet har individens incitament att pröva på att arbeta förstärkts. Men även om förtidspensionen inte får dras in eller sätts ned på grund av förbättrad arbetsförmåga kan individen uppleva att det blir mer riskfyllt att pröva på att arbeta eftersom det signalerar till Försäkringskassan att hon eller han faktiskt har arbetsförmåga. Detta kan vara en förklaring till den låga tillströmningen till vilandesystemet. Att lämna den relativa inkomstrygghet som förtidspensionen innebär för att ge sig ut på en osäker arbetsmarknad blir något för de individer som antingen har en låg förtidspension i relation till sina utgifter eller har tillfrisknat och vars arbetsförmåga därmed har ökat.

Frågan om systemet är framgångsrikt avgörs till del av om personer med vilande förtidspension skulle gå tillbaka till arbete även utan hjälp av vilandesystemet. Om personer ändå skulle börja arbeta uppstår en onödig kostnad för samhället. Tyvärr finns ingen tillgänglig statistik över detta. Ett blygsamt samhälleligt mål för vilandesystemet kan vara att förmå åtminstone några tillbaka till arbete, som inte annars skulle ha börjat arbeta, i en omfattning som balanserar de administrativa resurser som lagts ned för att åstadkomma detta.

För att arbetsbefrämjande regler som vilandesystemet ska fungera krävs att porten in till förtidspensionssystemet är trång och bara är till för dem

med väl dokumenterade besvär samt att individen vid ett arbetsförsök inte riskerar att bli granskad och därmed får sin ersättning indragen. Om osäkerheten är för hög i relation till intäkten i form av arbete kan individen komma att välja att aldrig påbörja ett förvärvsarbete. Detta implicerar att målet med vilandesystemets utformning borde vara att ett återupptaget arbete ska vara mer attraktivt än bidrag – givet den risk som individen möter på den reguljära arbetsmarknaden.

En förutsättning för att fler ska kunna utnyttja möjligheten till vilande ersättning är att förmånen är kända både hos de försäkrade, inom hälso- och sjukvården och hos arbetsmarknadens parter. I förlängningen innebär detta ökade möjligheter till arbete och egen försörjning och därmed helt eller delvis minskat beroende av ersättning från socialförsäkringen. Men den verkliga utmaningen ligger fortfarande i att försöka rehabilitera sjukskrivna personer så att inflödet till förtidspensionssystemet minimeras.

Referenser

- Andrén D (2001) *Work, Sickness, Earnings and Early Exit from the Labor Market*. Avhandling, Ekonomiska Studier nr 107, Göteborg: Göteborgs universitet.
- Berkowitz M (1996) "Improving the Return to Work of Social Security Disability Beneficiaries" s 333 i Mashaw J, Reno V, Burkhauser R & Barques M (red) *Disability, Work and Cash Benefits*. Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.
- Cohen Birman M, Nyberg K & Skogman Thoursie P (2004) *Nybeviljade förtidspensioner: Utveckling av riskfaktorer under 1990-talet*. RFV Analyserar 2004:1, Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Ds 2002:49 *Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder*. Rapport till ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Fritzes.
- Hemmingsson T (2004) "Samband mellan sjukskrivning och arbetslöshet" s 153–174 i Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red) *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Johansson Y, Edén L & Ejlerthsson G (2002) "Work-oriented Legislation in Sweden: Resting Disability Pension" The Forth Conference on Ageing and Work, Promotion of Work Ability and Employability, Kraków, june 12–15.
- Lidwall U & Skogman Thoursie P (2000) *Sjukfrånvaro och förtidspension: en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna*. RFV Analyserar 2000:2, Stockholm: Riksförsäkringsverket.

- Palme M & Svensson I (2004) "Income Security Programs and Retirement in Sweden" i Gruber J & Wise D (red) *Social Security and Retirement Around the World*. Chicago: University of Chicago Press.
- RFV (2003) "Uppdrag angående informationsinsatser om möjligheten till vilande förtidspension, delrapport till regeringen, 2003-05-28" Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rupp K & Bell SH (red) (2003) *Paying for Results in Vocational Rehabilitation*. Washington: The Urban Institute Press.
- Stattin M (2003) "Förtidspensionering 1988–1998" i *Välfärd och ofärd på 90-talet. Levnadsförhållanden*, Rapport 100, Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Söderberg J, Johansson Y, Edén L & Ejlertsson G (2002) "Back to Work after a Disability Pension?" *Archives of Complex Environmental Studies*, vol 14, nr 1–2.

Bilaga

Statusövergångar från respektive förmån och omfattning. Notera att endast de individer som avslutade sin vilandeperiod mellan år 2003 och februari 2004 finns med i analysen.

Tabell B12.1. Övergångar mellan nivåer före respektive efter en period med vilande förtidspension

Tidigare nivå på förtidspension	Nivå efter vilandeperiod	Frekvens	Procent
1/4	Ingen förtidspension	294	7,8
1/2	Ingen förtidspension	399	10,5
2/3	Ingen förtidspension	5	0,1
3/4	Ingen förtidspension	20	0,5
Hel	Ingen förtidspension	353	9,3
Ingen egen TP ^a	Ingen förtidspension	122	3,2
	<i>Summa</i>	<i>1 193</i>	<i>31,4</i>
1/4	1/4	152	4
1/2	1/4	596	15,7
2/3	1/4	2	0,1
3/4	1/4	16	0,4
Hel	1/4	116	3,1
Ingen egen TP ^a	1/4	69	1,8
	<i>Summa</i>	<i>951</i>	<i>25,1</i>
1/4	1/2	13	0,3
1/2	1/2	375	9,9
2/3	1/2	6	0,2
3/4	1/2	100	2,6
Hel	1/2	342	9
Ingen egen TP ^a	1/2	49	1,3
	<i>Summa</i>	<i>885</i>	<i>23,3</i>
1/2	2/3	1	0
	<i>Summa</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
1/2	3/4	20	0,5
2/3	3/4	2	0,1
3/4	3/4	46	1,2
Hel	3/4	228	6
Ingen egen TP ^a	3/4	15	0,4
	<i>Summa</i>	<i>311</i>	<i>8,2</i>
1/4	Hel	5	0,1
1/2	Hel	22	0,6
2/3	Hel	2	0,1
3/4	Hel	5	0,1
Hel	Hel	392	10,3
Ingen egen TP ^a	Hel	27	0,7
	<i>Summa</i>	<i>453</i>	<i>11,9</i>
<i>Summa</i>		<i>3 794</i>	<i>100</i>

a. Ingen egen TP innebär att individen tidigare inte uppbar egen tilläggs pension. Uppgift saknas om nivå på deras förmån.

Tabell B12.2. Antal och andelar av individer med vilande förtidspension samt för dem i det totala beståndet med förtidspension.

	Vilande	Bestånd	Andel av vilande	Andel av det totala beståndet med förtidspension
Stockholm	991	98 702	17,6	20,2
Uppsala	260	16 515	4,6	3,4
Södermanland	187	16 029	3,3	3,3
Östergötland	284	25 110	5,1	5,1
Jönköping	179	17 086	3,2	3,5
Kronoberg	134	8 456	2,4	1,7
Kalmar	90	13 181	1,6	2,7
Gotland	56	3 306	1,0	0,7
Blekinge	56	8 519	1,0	1,7
Skåne	541	52 721	9,6	10,8
Halland	172	13 920	3,1	2,8
Västra Götaland	979	68 791	17,4	14,1
Värmland	190	17 361	3,4	3,6
Örebro	194	15 969	3,5	3,3
Västmandland	181	17 113	3,2	3,5
Dalarna	265	18 594	4,7	3,8
Gävleborg	199	18 195	3,5	3,7
Västernorrland	88	14 386	1,6	2,9
Jämtland	156	8 414	2,8	1,7
Västerbotten	281	18 694	5,0	3,8
Norrbottn	133	17 728	2,4	3,6
Summa	5 616	488 790	100,0	100,0

Tabell B12.3. Andelen män och kvinnor i vilandesystemet och i det totala beståndet med förtidspension, fördelade på region, procent.

	Andel män vilande	Andel kvinnor vilande	Andel män i det totala beståndet med förtidspension	Andel kvinnor i det totala beståndet med förtidspension
Stockholm	41,4	58,6	45,6	54,4
Uppsala	29,2	70,8	42,5	57,5
Södermanland	35,3	64,7	40,9	59,1
Östergötland	36,6	63,4	40,8	59,2
Jönköping	37,4	62,6	42,3	57,7
Kronoberg	38,8	61,2	43,2	56,8
Kalmar	37,8	62,2	43,8	56,2
Gotland	28,6	71,4	44,9	55,1
Blekinge	23,2	76,8	43,1	56,9
Skåne	42,0	58,0	43,2	56,8
Halland	37,2	62,8	43,8	56,2
Västra Götaland	37,9	62,1	44,3	55,7
Värmland	43,7	56,3	43,2	56,8
Örebro	34,5	65,5	42,4	57,6
Västmanland	36,5	63,5	41,5	58,5
Dalarna	37,4	62,6	44,3	55,7
Gävleborg	45,7	54,3	43,6	56,4
Västernorrland	34,1	65,9	43,7	56,3
Jämtland	30,8	69,2	43,0	57,0
Västerbotten	28,8	71,2	41,0	59,0
Norrbotten	36,8	63,2	45,0	55,0
<i>Riket</i>	37,6	62,4	43,6	56,4

KAPITEL 13

Lärdomar av sjukfrånvarokrisen

13.

Lärdomar av sjukfrånvarokrisen

Staffan Marklund och Töres Theorell

HISTORISKA ERFARENHETER TYDER PÅ att allvarliga kriser i samhället också kan innebära utveckling och förnyelse. I Sverige är det mest kända exemplet på detta den så kallade "Krisen i befolkningsfrågan" på 1930-talet, som i många stycken kom att prägla uppbyggnaden av den moderna välfärdsstaten efter andra världskriget.

Utvecklingen av sjukfrånvaron från andra delen av 1990-talet och fram till idag skulle kunna vara ett annat exempel. Det skedde en mycket kraftig ökning av sjukfrånvaron efter 1997 och frånvaronivån är fortfarande mycket hög, samtidigt som förtidspensionerna ökar kraftigt. Om detta är en kris eller inte kan diskuteras, men situationen har betraktats med stort allvar av både forskare och politiker. Skälen till allvaret är inte bara att den höga sjukfrånvaron innebär stora påfrestningar på den offentliga ekonomin och socialförsäkringssystemet, utan att den har lett till att allt fler människor långsiktigt sorteras ut ur arbetslivet. Detta påverkar arbetskraftsutbudet negativt och förstärker obalansen mellan försörjare och försörjda. Den höga sjukfrånvaron innebär också en besvärlig situation för enskilda individer som drabbas socialt och ekonomiskt, men påverkar likaså enskilda företag och organisationer negativt genom stora kostnader för ohälsan och ökade svårigheter att planera sin verksamhet. I kölvattnet på debatten om den höga sjukfrånvaron har även mer generella frågor kring fusk och bristande kontroll tillkommit. Detta kan vara tecken på bristande legitimitet och har kommit att uppfattas som ett hot mot det generella socialförsäkringssystemet.

Ett avgörande kriterium för om lärdomarna av en kris ska kunna påverka framtiden är att krisen kan definieras någorlunda enhetligt, att förklaringarna till dess uppkomst är klarlagda och att det kan skapas bred politisk enighet om rimliga handlingsalternativ. Så tycks inte alls vara fallet när det gäller sjukfrånvaron. Det råder stor oenighet bland forskare och beslutsfattare såväl om sjukfrånvarokrisens karaktär som om sjukfrånvarons egentliga orsaker och i vilken mån det går att minska problemen på kort eller lång

sikt. Ännu större förefaller konflikterna vara kring var ansvaret skulle kunna placeras.

Skälet till att uppfattningarna bland forskare är delade om vad sjukfrånvaroproblemet består i eller var sjukfrånvarons främsta orsaker ligger kan vara att forskningen länge varit svagt utvecklad inom detta område. Forskningen om sjukfrånvaron har inte uppnått den mognad som innebär att det finns ett antal huvudförklaringar som de flesta forskare uppfattar som giltiga. För att komma dithän krävs ett relativt stort antal studier som med olika metoder och olika material kunnat komma fram till likartade resultat och kunnat belägga centrala frågeställningar. Snarare kännetecknas forskningen kring sjukfrånvaro idag av att olika forskare i olika studier lägger till nya infallsvinklar, kommer med nya hypoteser och nya svar. Det råder dock en viss enighet om den kraftigt ökade sjukfrånvarons specifika karaktärsdrag. Jämfört med tidigare perioder med hög sjukfrånvaro är det idag snarare den långa frånvaron än den korta som är problematisk. Det har också skett en förskjutning i diagnosbilden genom att framförallt de psykiatriska diagnoserna ökat kraftigt. Ökningen av sjukfrånvaron har varit särskilt markerad i de verksamheter som sysslar med vård, utbildning och omsorg, som alla under tidigare decennier snarare hade en lägre sjukfrånvaro än övriga sektorer på arbetsmarknaden. De tidigare små skillnaderna mellan kvinnors och mäns sjukfrånvaro har också accentuerats genom att kvinnors långa sjukfrånvaro ökat snabbare än mäns.

Ett skäl till att sjukfrånvaroforskningens resultat kan uppfattas som splittrade och motstridiga är att olika studier i själva verket försökt förklara olika fenomen. En forskningsfråga har gällt att förklara *ökningen* eller förändringarna i sjukfrånvaro, en annan har gällt varför enskilda *individer* blir sjukskrivna. Studier av varför sjukfrånvaron ökat så kraftigt söker i allmänhet förklaringar som ligger på samhällsnivå och försöker identifiera fenomen som också har förändrats under den aktuella tiden. Det kan gälla förändringar i arbetsmiljön, förändringar av påfrestningar i privatlivet, förändringar i arbetskraftens sammansättning eller förändringar i sjukförsäkringsystemet. Många av dessa har analyserats i olika studier och resultaten tyder på att flera sådana samhälleliga förändringar kan sättas i samband med sjukfrånvarons ökning.

När det gäller studier av varför enskilda individer blir sjukskrivna utgår forskarna i allmänhet från individinformation och söker samband mellan en enskild persons sjukfrånvaro och förekomsten av olika riskfaktorer för

honom eller henne. Det kan gälla olika risker i arbetsmiljön, i privatlivet och i balansen mellan arbete och privatliv. Det kan också gälla sjukskrivningsbeteende, livsstilsfaktorer, attityder till arbete och sjukdom, förmåga till anpassning och en mängd andra förhållanden. Ett problem är att studier som avser orsaker till sjukskrivning i individuella fall inte kan tolkas på samma sätt som studier som avser orsaker till den ökade sjukfrånvaron. Idealt bör studier med olika uppläggning och olika material leda i samma riktning, men så är det inte alltid. I många fall begränsas studierna av att alla faktorer inte kan studeras samtidigt och att det därför är svårt att veta om en specifik förklaring också håller när den jämförs med alternativa förklaringar.

Det finns ytterligare ett störande tolkningsproblem som gäller svårigheten att bedöma orsakskedjans riktning. En del studier har visat att det kanske inte i första hand är frågan om försämringar i arbetsmiljön som förklarar den ökade sjukfrånvaron utan snarare en ökad intolerans när det gäller möjligheten för individer med krämpor och besvär att arbeta. Det tycks som om kraven på fullständig friskhet har ökat över tid genom ett högre tempo i arbetslivet och genom att slimmade organisationer inte har så stort utrymme för individer med hälsoproblem. I den mån dessa studier är korrekta måste orsaksmönstret för relationen mellan sjukfrånvaro och arbetsvillkor ges en annan tolkning än den som innebär att sjukfrånvaron orsakas av ökad ohälsa. Snarare är det kanske ökade krav inom arbetslivet på hälsa och "friskhet" som utgör problemet.

De sjukfrånvarandes och förtidspensionerades frånvaro är kopplad till arbetsmarknadens funktionssätt. Fler arbetstillfällen skulle sannolikt minska den dolda arbetslöshet som också är en aspekt på sjukfrånvaron. Ett större utbud av arbetstillfällen och en ökad rörlighet på arbetsmarknaden skulle göra det lättare för människor att hitta ett för dem lämpligt arbete. Det gäller även för individer med vacklande hälsa. Det är inte omöjligt att en mer gynnsam arbetsmarknadssituation också skulle förändra förhandlingspositionerna på den arena som arbetsmarknaden utgör. Å andra sidan skulle en försämrad arbetsmarknadssituation förstärka de tendenser som redan nu finns, med en stor risk för många människor med lägre kvalifikationer och människor med krämpor och besvär att inte hitta ett arbete. Forskningen kring vilken roll olika arbetsmarknadsförhållanden spelar för sjukfrånvaron behöver utvecklas både teoretiskt och empiriskt.

Ett annat kännetecken hos sjukfrånvaroforskningen är att flera av de i den allmänna debatten och i den politiska diskursen mest populära föreställningarna knappast alls varit föremål för vetenskapliga studier. Detta gäller exempelvis frågan om vilken roll attitydförändringar kan ha, men också frågor om fusk och brister i socialförsäkringsadministration och kvaliteten i de medicinska underlagen. Genom att det nästan helt saknas pålitliga studier på dessa områden kommer den idémässiga utvecklingen snarare att kännetecknas av mer eller mindre välinformerade allmänna bedömningar än av en kunskapsbaserad strategi.

Ett likartat problem, som delvis kan vara relaterat till forskningens brister, är den lösning som sjukfrånvarofrågan tycks ha fått i det politiska-administrativa systemet. Å ena sidan har de olika politiska partierna i Sverige knappast alls formulerat hur de vill att systemet ska se ut i ett längre perspektiv. Å andra sidan saknas nästan helt försök till samverkan och överenskommelser mellan de politiska partierna och de politiska blocken av den typ som skedde i exempelvis pensionsfrågan. Man kan med visst fog också hävda att parterna på arbetsmarknaden i stor utsträckning valt att förhålla sig passiva i frågan om den höga sjukfrånvaron eller att betrakta problemen som i huvudsak utanför deras kontroll och intressesfär. Varken de fackliga huvudorganisationerna eller arbetsgivarnas organisationer inom den privata eller den offentliga sektorn har aktivt definierat frågan som "sin". Detta kan tyckas märkligt, eftersom sjukförsäkringen helt och hållet är arbetsgivarfinansierad via en löneavgift. En stor del av debatten har ju rört vilken roll arbetslivet kan ha för att förklara sjukfrånvarons ökning respektive att hantera åtgärder för att minska den.

Även när det gäller myndigheterna kan man notera en liknande avväjande eller avvaktande hållning. Flera myndigheter har formellt och reellt tydliga kopplingar till sjukfrånvaron. Det gäller vid sidan av Försäkringskassan även till exempel Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen. Försäkringskassans ansvar är omfattande och man har utvecklat sitt arbete under senare år genom ökade insatser för kontroll och genom utbildning av sjukskrivande läkare, men det finns mycket lite som tyder på att de övriga myndigheterna formulerat specifika strategier kring sin egen roll för att minska den höga sjukfrånvaron.

Vad har då hänt sedan 1997? Forskningen har utvecklats kraftigt i olika riktningar och inom ett flertal akademiska discipliner. Det pågår just nu en stor mängd lovande studier. Dessa kommer sannolikt att lägga ytterligare

bitar till det pussel av komplexa samband som sjukfrånvaron utgör. Men det kommer troligen att ta lång tid innan man kan skönja ett mer systematiskt och kumulativt språng i den vetenskapliga utvecklingen på sjukfrånvarons område, som inte bara specificerar vad sjukfrånvaro beror på utan också med vetenskaplig säkerhet kan peka ut preventiva och andra åtgärder för att hålla den på en rimlig nivå. Framförallt finns det en akut brist på studier där man kan bedöma hur olika åtgärder som syftar till att hålla nere sjukfrånvaron fungerar. Interventionsstudier tar mycket lång tid att genomföra och utvärdera vetenskapligt, varför man inte kan räkna med någon snabb kunskapsuppbyggnad i det här avseendet.

När det gäller läsningarna inom det politiska-administrativa systemet finns det också skäl att vara något pessimistisk. Ingenting tyder idag på att frågan uppfattas som så allvarlig att den skapar radikalt nya ingångar eller nya kompromisser över partigränserna i den politiska vardagen. Ingenting tyder heller på att de myndigheter som indirekt berörs har något större intresse av att utvidga sina mandat till en mer aktiv hantering av sjukfrånvaro och arbetsliv. Den offentliga debattens låsning i skuldtänkande – är sjukfrånvaron arbetsgivarnas eller de sjukskrivnas fel – hindrar debattörerna från att intressera sig för centrala aspekter på sjukfrånvaron. Skuldtänkandet polariserar frågan och förutsätter att det går att avgöra vem eller vilka som är ansvariga. Skuldtänkandet går ibland också ut på att peka på individernas eget ansvar och har starka kulturpessimistiska eller fatalistiska drag som gör sjukfrånvaroproblemet svårt att hantera praktiskt i det politiska systemet. Skuldtänkandet leder istället till att många aktörer föredrar att peka ut vilka åtgärder andra aktörer är ansvariga för, snarare än att försöka utveckla en strategi för det egna ansvaret.

Ett problem i frågan om fördelningen av ansvaret är att det knappast idag finns något mer stabilt vetenskapligt underlag för att bedöma denna. Det gäller såväl i frågan om ansvaret för den kraftiga ökningen av sjukfrånvaron som i frågan om ansvaret för en enskild individs sjukfrånvaro. Ett ännu större problem är att det inte finns några klara handlingsalternativ för vilka slutsatser man ska dra av en sådan skuldfördelning. Även om det inte finns något sätt att vetenskapligt ta ställning till det, är det exempelvis inte orimligt att hävda att individens livsstil eller attityder snarare än arbetsmiljöns utformning bestämmer sjukfrånvarons omfattning. Frågan är vilka slutsatser man ska dra av detta i förhållande till utformningen av dagens sjukförsäkringssystem. Sjukförsäkringen är inte skapad för att bara hantera

sådan sjukfrånvaro som beror på förhållanden i arbetet, utan avser alla olika typer av sjukdomar som sätter ner arbetsförmågan. Den har också skapats för att förhindra andra problem. Ett exempel är att klokt använd sjukskrivning skulle kunna hindra långtidssjukdom. Detta var ett av motiven till att man införde en allmän sjukförsäkring, ett faktum som tenderar att komma bort i debatten. Det finns studier som talar för att tidig sjukskrivning kan förhindra långa sjukfall, men hur starka dessa samband är och vad de spelar för roll är oklart och behöver kartläggas bättre.

Ett ytterligare problem när det gäller skuldfrågan är de komplexa relationerna mellan individen och omgivningen. Ett exempel på detta är relationen mellan hälsa och stress. Det är känt att kraftig stress under vissa förhållanden kan leda till tydliga förändringar i de biologiska systemen, bland annat i hjärnan och i de hormonella reglersystemen. Vad detta har för effekter på sjukskrivningsmönstren är inte helt utforskat, men en ökad kunskap och medvetenhet hos arbetstagare om stress som omgivningsfaktor kan troligen användas på ett positivt sätt som minskar behovet av sjukskrivning. En ökad medvetenhet hos arbetsledare och anställda kan leda till att människor som är i tidiga stadier av stressrelaterade utmattningstillstånd bromsar upp och kanske är sjukskrivna en kortare tid för att slippa att bli långtidssjukskrivna längre fram. Å andra sidan kan en sådan kunskap också leda till konflikter i frågan om det är individens ansvar eller arbetsorganisationens, det vill säga arbetsgivarens, ansvar att minska risken för långvarig arbetsrelaterad stress.

Skuldtänkandets roll i förhållande till sjukförsäkringssystemet är även det komplext. Det finns inte något internationellt känt sjukförsäkringssystem där en prövning av orsaken till sjukdomen föregår ersättningsanspråken. Möjligen kan man se drag av detta i arbetsskadeförsäkringen, där det i princip ska ske en bedömning av skadans eller sjukdomens arbetsrelaterade orsaker innan ersättning utgår. Tillämpat på sjukförsäkringen skulle dock ett sådant system innebära stora kontrollkostnader och stora problem för individen, genom att ersättningen inte kan betalas ut förrän ansvarsprövningen skett. Den enda rimliga lösningen om man ser individen som huvudansvarig för sjukfrånvaron är att skapa en privat försäkring efter modell från andra privata försäkringar. Det stora problemet med en sådan lösning är risken att stora grupper inte får ett adekvat försäkringsskydd och att det skapas stora sociala olikheter utifrån betalningsförmåga och risk-

medvetenhet. Ett annat problem är att individen själv får stå även för de delar av sjukfrånvaron som faktiskt orsakas av förhållanden i arbetet.

Sjukförsäkringen behöver reformeras i olika avseenden. En viktig fråga gäller samordningen med andra delar av socialförsäkringen. Sjukförsäkringen måste koordineras bättre med arbetslöshetsförsäkringen. Dessa bägge system behöver samverka mer effektivt än vad som hittills varit fallet. Mycket talar för att samordning och samverkan mellan flera av de myndigheter som helt eller delvis har ansvar inom rehabiliteringsområdet behöver förstärkas kraftfullt. Det finns också tecken som tyder på att förhållandet mellan föräldraförsäkring och sjukförsäkring är problematiskt, bland annat därför att en stor majoritet av blivande mödrar är sjukskrivna under relativt lång period före förlossningen.

Det förefaller dock möjligt att hitta lösningar även utan att förändra det nuvarande systemets principiella natur. I enlighet med de modeller som gällde i samband med pensionsöverenskommelsen borde också ohälsområdet kunna granskas i ett kortsiktigt och i ett långsiktigt perspektiv. Kortsiktigt gäller det att i större utsträckning utnyttja de existerande systemen mer effektivt och samordnat. Det gäller sjukförsäkringssystemet, men också arbetsmiljösystem, arbetsmarknadssystem, hälso- och sjukvårdssystem och arbetsmarknadsparternas roll och ansvar. Långsiktigt gäller det att få bättre grepp om orsakerna till de förändringar som bidrar till en ökad arbetsrelaterad ohälsa, men också långsiktig forskning om hur systemen fungerar och vilka åtgärder som kan bidra till att förebygga ohälsa, sjukfrånvaro och utslagning från arbetsmarknaden. Sannolikt krävs också en översyn av sjukförsäkringens långsiktiga ekonomiska överlevnadsförmåga och dess legitimitet hos befolkningen och bland arbetsmarknadens parter.

KAPITEL 14

Vad kan förklara den höga
sjukfrånvaron? Försök till syntes

14.

Vad kan förklara den höga sjukfrånvaron? Försök till syntes

*Mats Bjurvald, Christer Hogstedt, Staffan Marklund, Edward Palmer
och Töres Theorell*

SJUKFRÅNVARON HAR MÅNGA DIMENSIONER och kan ses ur många olika synvinklar. De båda SAFIR-antologierna liksom som en stor mängd andra utredningar och forskningsrapporter visar på denna komplexitet. Att väga samman dessa aspekter till en helhetsbedömning är inte lätt, men i högsta grad önskvärt. En syntes var också målsättningen när SAFIR-arbetet startade för två år sedan och vi avslutar här med ett försök till en bedömning av huvudsakliga och bidragande orsaker till den höga sjukfrånvaron i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Utvecklingen bör dock egentligen ses i ett längre perspektiv, eftersom även mer långsiktiga strukturella förändringar under de gångna två decennierna kan ha påverkat de senaste årens utveckling.

Avstampet utgörs av den analys av orsakerna bakom sjukfrånvarökningen som presenterades i den så kallade AHA-utredningen (*Kunskapsläge sjukförsäkringen*, SOU 2002:62). Där fann man att följande faktorer bidragit till ökningen:

- ökad sysselsättning och minskad arbetslöshet,
- arbetskraftens åldrande,
- förändrade ekonomiska drivkrafter för individ och arbetsgivare,
- sämre psykosocial arbetsmiljö,
- mer restriktiva förtidspensionsbedömningar,
- administrativa tillkortakommanden.

Däremot ansåg inte utredningen att det gick att hävda att en sämre hälsa hos den förvärvsarbetande befolkningen hade påverkat sjukfrånvaron märkbart. Inte heller kunde man belägga att attitydförändringar i befolkningen eller i läkarkåren spelat roll.

I den första SAFIR-antologin formulerades och prövades ytterligare några tänkbara förklaringar. Hypotesen att många av dem som var arbetslösa under lågkonjunkturen i början av 1990-talet istället blev sjukskrivna i slutet av

decenniet fick ett visst stöd, men relationen mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro är dubbelriktad genom att personer med omfattande sjukfrånvaro också har en ökad risk för arbetslöshet. Det går inte att hävda att försämrad fysisk arbetsmiljö kan förklara den höga sjukfrånvaronivån, men däremot har flera av indikatorerna på försämrad psykosocial arbetsmiljö tydlig effekt på ökningen. Det gäller framförallt de aspekter som visar ett ökat arbetstempo och att balansen mellan krav i arbetet och graden av autonomi försämrats. Samtidigt visade analyser att arbetslivet i ökad grad kräver att anställda ska vara helt friska för att kunna arbeta.

I den föreliggande antologin fördjupas analysen ytterligare och en del helt nya hypoteser provas. Bland annat gäller det en mer precis analys av sambandet mellan hälsoförändringar och sjukfrånvaro, fördjupningar kring mobbning och konflikter respektive om ohälsoproblem i ungdomen kan ha långsiktiga effekter i form av sjukskrivning och förtidspension i 50-årsåldern. En fördjupad granskning av vilka faktorer som gör att vissa verksamheter inte drabbats lika hårt av förhöjd sjukfrånvaro som andra, tillsynes likvärdiga, genomförs också. Dessutom studeras vilken roll olika former av coping spelar för att individen ska kunna undvika sjukskrivning. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av sjukfrånvaro beskrivs också. En helt ny analys genomförs av alkoholkonsumtionens samband med sjukfrånvaron, där det framkommer att den ökade konsumtionen kan vara en bidragande faktor och att såväl storkonsumenter som nykterister har en förhöjd sjukskrivningsrisk. Var och en av dessa studier bidrar till ytterligare kunskaper och ger bidrag till en samlad bedömning av den höga sjukfrånvarons viktigaste orsaker.

Trots att bilden av orsaker inte är fullständig, menar vi att det är möjligt och meningsfullt att förmedla vår aktuella syn på vilka faktorer som skulle kunna betraktas som huvudorsaker och vilka som kan ses som bidragande orsaker till den höga sjukfrånvaron under de senaste åren i Sverige. Vissa orsaker kan ha gemensam bakgrund, faktorerna kunde ha grupperats annorlunda och det finns ingen knivskarp gräns mellan huvudorsaker och bidragande orsaker, men beskrivningen nedan är den som enligt vår uppfattning bäst sammanfattar dagens kunskapsläge.

Huvudorsaker till den höga sjukfrånvaron

Arbetsliv och arbetsmarknad. En strukturell förändring mot slimmade organisationer inom båda privata och offentliga verksamheter har ökat kraven

på de anställda. Särskilt tycks delar av den svenska offentliga sektorn lida av brister i organisationen, vilket avspeglas i den relativt höga sjukfrånvaron inom vård, skola och omsorg, där en stor andel av de anställda är kvinnor. Den höga sjukfrånvaron inom dessa verksamheter kan samtidigt vara ett resultat av strukturer i Sverige som accepterar frånvaro istället för att söka konstruktiva lösningar på organisationsproblem.

En lägre tolerans inom arbetslivet för olikheter i prestation är sannolikt en huvudförklaring till hög sjukskrivning och förtidspensionering. Den fysiska arbetsmiljön, i form av fysiska belastningar, kemiska exponeringar, buller och andra yrkeshygieniska faktorer, har inte försämrats i någon större utsträckning – i själva verket tyder mycket på att flera aspekter av fysisk arbetsmiljö har förbättrats, i synnerhet inom den mansdominerade industrisektorn. Däremot har arbetets produktivitetsaspekter och tidsmässiga dimensioner kommit mer i fokus, i takt med ökat konkurrenstryck, sparbetning, out-sourcing, slimmade organisationer och så vidare. Statistiken visar att inflytande och kontroll har minskat för stora grupper av anställda under senare år och detta innebär att den psykosociala arbetsmiljön försämrats. Samtidigt som kraven har ökat har inte möjligheterna till individuell kontroll över hur dessa krav ska kunna uppfyllas alltid hängit med. Exempelvis finns stora krav inom vård, omsorg och utbildning, men organisationsformer och avsatta resurser tycks inte tillåta arbetstagarna kontroll över arbetssituationen i tillräckligt stor utsträckning. Det är tydligt att många anställda i ökande grad upplever arbetet som mycket pressat. Att alltför länge kämpa utan tillräckligt stöd av en organisation och utan tillräckliga möjligheter till återhämtning leder till en överrisk för stressrelaterade besvär och sjukfrånvaro. Det finns belägg för en förstärkt tendens till utsortering av personer som inte fungerar optimalt i sin yrkesutövning.

Arbetskraftens åldrande. Arbetskraften har blivit äldre i Sverige, särskilt inom den offentliga sektorn. Detta är dels ett resultat av att en betydande del av de stora årskullarna födda under 1940-talet anställdes inom offentliga verksamheter när dessa expanderade på 1960-talet, dels av effekter av det tidiga 1990-talets rationaliseringar och de arbetsrättsliga principerna om "sist in, först ut". Det råder ingen tvekan om att stigande ålder ökar risken för sjukfrånvaro och för längre sjukfall, även om det är stor variation mellan yrkesgrupper och individer. Ålderseffekten förstärks sannolikt också av att möjligheterna till pauser och återhämtning har täppts till, samtidigt som det är känt att det är särskilt viktigt med återhämtning för äldre yrkesverk-

samma. Det är också känt att den äldre arbetskraftens yrkeskunnighet och lojalitet ofta utgör en motvikt till en försämrad fysisk prestationsförmåga.

Sysselsättning och arbetslöshet. Ökad sysselsättning efter den ekonomiska krisen i början av 1990-talet och minskad faktisk arbetslöshet har sannolikt haft marginell inverkan på ökningen av sjukfrånvaron. Det har under lång tid funnits ett tydligt konjunktursamband i sjukfrånvaroutvecklingen i Sverige som inneburit att sjukfrånvaron stigit under perioder med låg arbetslöshet. Hypotesen att andelen med nedsatt hälsa, och därmed med högre risk för sjukfrånvaro, skulle öka påtagligt vid ökad sysselsättning har däremot inte gått att styrka på ett entydigt sätt. Konjunktursambandet kan snarast tolkas så att stödsystemen för arbetslöshet och sjukskrivning är delvis kommunicerande kärl. Individer som tidigare klassats som arbetslösa, om än med skavanker och hälsoproblem, blir i högre utsträckning sjukskrivna och hamnar ofta som slutstation i förtidspension. Denna mekanism förstärktes sannolikt påtagligt av det starka politiska trycket från regeringen att minska arbetslöshetssiffrorna i mitten av 1990-talet.

Administrativa brister. Administrativa tillkortakommanden inom Försäkringskassan har medfört dels att många långa sjukskrivningar inte avslutats genom beslut om förtidspension i "rätt" tid, dels att alltför många behövande inte erbjudits rehabiliteringsinsatser för att underlätta återgång i arbete. Samspelet mellan Försäkringskassan, arbetsgivarna, arbetsmarknadsmyndigheterna och hälso- och sjukvården har fungerat långt ifrån optimalt. Ju mer belastade försäkringskassorna blev med utbetalningar, desto mindre tid för snabba kontakter med arbetsgivarna för att påskynda återgång i lämpligt arbete. Jämförelser av hur försäkringen är utformad och fungerar i Sverige, jämfört med andra länder med ambitionen att ge en hög ersättning när arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom eller skada, tyder på att Sverige har mycket att lära om utformningen av systemet i länder som Finland och Tyskland. Även om en mer effektiv försäkringsadministration skulle leda till högre arbetslöshet är detta sannolikt att föredra, då arbetslöshet i princip är en mellanstation, ett tillfälligt avbrott mellan jobb eller yrkesbyten. Arbetslöshet ses dessutom generellt som ett fenomen som kan och bör hanteras genom arbetsmarknadsåtgärder snarare än åtgärder som rör hälsan. Sjukskrivning riskerar att dölja det verkliga problemet och förhindra bra lösningar om den sjukfrånvarandes problem i första hand gäller brist på lämpligt arbete.

Bidragande orsaker

Belastningar i privatlivet. Om belastningar i privatlivet och på fritiden har ökat under den här perioden och om det i så fall skulle ha någon inverkan på sjukskrivningarna är svårt att belägga. Ett stegrat samhällstempo, där människor allt oftare ställs i valsituationer av skilda slag (välja barnens skolor, vårdinstitutioner att placera sina gamla föräldrar på, el- och telebolag, pensionsförvaltare och så vidare), kan ha påverkat sjukskrivningarna, men några studier som visar detta finns inte. Ett gradvis mer oförutsägbart samhälle med omstruktureringar av företag och organisationer med mera kan ha bidragit till en minskning av en grundläggande tillit till samhället och dess välfärdssystem, vilket i sin tur kan ha försvagat spärrarna mot att utnyttja de välfärdsförmåner som står till buds. Men även dessa hypoteser saknar belägg. Det finns belägg för att stora belastningar i privatlivet, stora privata omsorgskrav och allvarliga händelser i privatlivet ökar risken för sjukskrivning i det enskilda fallet, men det finns än så länge inga studier som kunnat koppla detta till ökningen i sjukfrånvaron.

Försämrat hälsotillstånd. Det finns inga tydliga indikationer på att hälsotillståndet i Sverige radikalt försämrats just under de här aktuella åren, även om tecken på minskat psykiskt välbefinnande, särskilt i yngre åldrar, är oroande. Detsamma gäller den ökande alkoholkonsumtionen och ökad övervikt i befolkningen. Dessa faktorer förklarar, tillsammans med rökning, sannolikt en del av den höga sjukfrånvaron. Ökningen av alkoholkonsumtionen och den ökade fetman kan troligen leda till en ännu högre nivå på sjukskrivningen på sikt.

Mer restriktivt förtidspensionssystem. De förändringar i bedömningen av förtidspensioner i mer restriktiv riktning som genomfördes 1997 kan ha bidragit till att fler "blivit kvar" i långa sjukskrivningar. Den senaste tidens ökning av antalet förtidspensionerade är ett resultat av strävandena att minska antalet sjukskrivna. Kriterierna för förtidspension är desamma.

Fusk och beteendeanpassningar. I laglig mening är fusk ett lagbrott, exempelvis om man arbetar mot ersättning samtidigt som man uppbär sjukpenning-ersättning. Även om det förekommer finns inget stöd för att fusk nämnvärt skulle bidra till Sveriges internationellt sett höga sjukfrånvarostatistik, och inte heller bakom den dramatiska ökningen som ägde rum från mitten av 1990-talet. I stället tyder forskningsresultaten på att enskilda individer "an-

vänder” sjukförsäkringssystemet som ett ”bästa-alternativ” för försörjning, i situationer där alternativen skulle ha varit arbetslöshetsersättning, föräldrapenning eller förtidspension. Exempelvis är arbetslösa sjukskrivna betydligt längre än anställda. Skälet kan vara att detta förlänger den sammanlagda perioden under vilken den arbetslöse är berättigad till arbetslöshetsersättning. Dessutom har många sjukpenningersättning långt över ett år, trots lagstiftarens intention att övergång till förtidspension (numera kallad sjukersättning) – vilket normalt ger en lägre ersättningsgrad än sjukpenning – ska provas. Vidare är gravida kvinnor i ökande grad sjukskrivna en längre tid före barnets födelse, utan att det finns något som talar för att sjukligheten i den gruppen skulle ha ökat markant. Denna ”praxis” förlänger ersättningsperioden kring barnets födelse och detta indikerar att sjukförsäkringen övertagit en del av uppgiften för de alternativa ersättningsformerna havandeskapspenning och föräldrapenning. Slutligen är det sannolikt många som har varit sjukskrivna en längre period i situationer där den rätta ersättningen hade varit arbetslöshetsersättning – under en sökperiod för ett nytt jobb. Sjukpenningen döljer alltså en del av bland annat arbetslösheten och föräldraledigheten.

Försämrad copingförmåga. Förändringar i arbetstagarnas coping-mekanismer – det vill säga sättet att hantera bekymmersamma vardagssituationer i arbetslivet – kan ha fått ökad betydelse, genom de strukturella organisationsförändringar som skett de senaste två decennierna. Det finns en tydlig tendens till ”allt tystare arbetsplatser”, det vill säga att allt färre anställda klagar över missförhållanden – och ytterst säger upp sig – utan istället sjukskriver sig. En sådan förändring ökar risken för höga sjuktal samtidigt som det döljer missförhållanden, minskar rörligheten på arbetsmarknaden och försvårar lösningar på arbetsplatsen. Effekterna av detta verkar falla ut olika för män och kvinnor och kan vara en orsak till den höga sjukskrivningsnivån inom delar av den offentliga sektorn.

Ändrade attityder bland läkare. Det finns inga studier som belägger att det utvecklats ett förändrat synsätt bland läkare när det gäller bedömning av sjukdom och arbetsoförmåga under den aktuella perioden. Möjligen kan man anta att det sker långsiktiga förändringar i läkarnas bedömningar, som kan innebära att fler och andra tillstånd accepteras som sjukdom och anledning till sjukfrånvaro. ”Produktionstrycket” på läkare, det vill säga kravet att behandla (för) många patienter per tidsenhet med åtföljande (för) korta

besökstider, kan leda till att sjukskrivning blir en enkel åtgärd att ta till istället för konstruktiva samtal och andra åtgärder som stödjer patienten i en snabbare återgång i arbete. Dessutom kan det vara så att de strukturer som diskuterats ovan gör att patienter i alltför stor utsträckning själva ser sjukskrivning som den självklara lösningen i stället för att tackla arbetsrelaterade situationer på ett mer direkt sätt. Läkarkåren har sannolikt fått svårare att stå emot ökade anspråk på att få ett sjukintyg från individer som befinner sig i besvärliga situationer i arbetet och i livet i övrigt.

Försvagad företagshälsovård och bristande yrkesrehabilitering. Företagshälsovården miste statsbidraget 1993 och Svenska Arbetsgivarföreningen sa upp de centrala arbetsmiljöavtalen med de fackliga parterna strax därefter. Företagshälsovården blev en kommersiell marknadsvara, som måste inrikta sig på kundens önskemål snarare än på förebyggande arbete i ett mer samhälleligt perspektiv. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen har inte alls byggts ut resursmässigt för att svara mot den kraftiga ökningen av antalet långtidssjuka. Marknaden för rehabiliteringsaktörer fungerar inte tillräckligt väl i stora delar av landet. Rehabiliteringen sätts ofta in mycket sent i sjukskrivningen och alltför stora resurser används till utredningar istället för till aktiva åtgärder. Flaskhalsar i sjukvården bidrar till onödigt långa sjukskrivningar.

Ekonomiska drivkrafter. Ersättningsnivåerna har betydelse för inställningen till sjukskrivning som sådan. Förändringarna i de ekonomiska drivkrafterna för individ och arbetsgivare har emellertid troligen varit för små för att ha haft någon avgörande betydelse på ökningen av sjukfrånvaron. Den tidigare helt kollektiva finansieringen av sjukförsäkringen, det vill säga att den enskilde arbetsgivarens avgift inte varit beroende av sjukskrivningsnivån i företaget, gav inte denne några tydliga ekonomiska incitament att motverka en hög sjukskrivningsnivå. Särskilt betydelsefullt kan man anta att detta varit för de längre sjukfallen, genom att vikarielösningar och anpassningar till frånvarosituationen kunnat äga rum. Arbetsgivarnas medfinansieringsansvar som trädde ikraft 2005-01-01 kan sannolikt motverka detta, men det har gått för kort tid för att effekterna av reformen ska kunna bedömas.

Författarpresentationer

MONA BACKHANS, filosofie magister, är sociolog och forskningshandläggare vid Avdelningen för folkhälsovetenskap, Statens folkhälsoinstitut. Hon arbetar främst med Mål 2 ekonomisk och social trygghet, med huvudsaklig inriktning på folkhälsans samband med arbetsmarknadens villkor.

MATS BJURVALD, civilingenjör och ergonom, är ansvarig för Arbetsgruppen för arbetsliv och hälsa vid Statens folkhälsoinstitut. Han har ett långt förflutet inom arbetsmiljöområdet och är särskilt intresserad av belastningsergonomiska och psykosociala belastningar i arbetet samt samspelet mellan belastande och hälsofrämjande faktorer i arbetslivet och livet i övrigt.

ULRIKA BOMAN är fil kand i sociologi och arbetar som forskningsassistent vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning (SORAD). Hon har tidigare arbetat med alkoholvaneundersökningar bland ungdomar vid Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP), Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.

MARIA EKLUND, filosofie magister, är nationalekonom och utredare på enheten för forskning och utveckling vid Försäkringskassans huvudkontor. Hon har främst fördjupat sig i frågor som rör arbetslivets villkor, utträde ur arbetslivet samt sjukskrivning och rehabilitering.

DANIEL FALKSTEDT, filosofie magister, arbetar på Enheten för arbetshälsa vid Arbetslivsinstitutet. Han är särskilt intresserad av hur vuxenlivets hälsa och sociala skillnader i hälsa hänger samman med levnadsvillkor under barndom och uppväxtår.

PEETER FREDLUND, filosofie kandidat, MPH, är statistiker och utredare på Analysenheten vid Statens folkhälsoinstitut. Han har tidigare varit verksam vid Socialmedicinska enheten, Stockholms läns landsting och på Statistiska centralbyråns utredningsinstitut.

TOMAS HEMMINGSSON, medicine doktor, är samhällsvetare och forskare vid Enheten för arbetshälsa vid Arbetslivsinstitutet, samt knuten till Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet.

ANNA HERTTING, legitimerad sjukgymnast, medicine doktor; är universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Örebro universitet samt handläggare vid Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting. Är dessutom knuten till Institutet för Psykosocial Medicin, Stockholm. Arbetar med forskning, utveckling och utbildning inom området stress, psykosocial arbetsmiljö och hälsa med betoning på den hälsofrämjande sjukvårdsorganisationen.

CHRISTER HOGSTEDT, professor, är chef för Avdelningen för folkhälsovetenskap vid Statens folkhälsoinstitut. Christer Hogstedt var tidigare professor i yrkesmedicin vid Arbetslivsinstitutet och klinikchef för Yrkesmedicinska enheten på Karolinska sjukhuset.

GUN JOHANSSON är sociolog och doktorand vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet. Sedan slutet av 1980-talet har hon arbetat med att utveckla begrepp och modeller för att förstå sambandet mellan villkor i och utanför arbetet, ohälsa och sjukfrånvaro. Hon är anställd som arbetssociolog vid Arbets- och miljömedicin i Stockholms läns landsting.

HÅKAN LEIFMAN är doktor i sociologi och har under flera år varit verksam vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning (SORAD). Under senare år har han bland annat studerat olika aspekter av dryckesmönster såväl i ett nationellt som i ett europeiskt sammanhang. Under det senaste året (februari 2004 – mars 2005) har han varit anställd som huvudsekreterare i den så kallade Alkoholförselutredningen.

ULRIK LIDWALL är nationalekonom verksam på utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassans huvudkontor samt doktorand i sociologi vid Stockholms universitet. Han har i sin forskning främst studerat sjukfrånvaro, långvariga sjukskrivningar, förtidspensionering och rehabilitering. Han har särskilt studerat sambanden mellan arbetslöshet och sjukfrånvaro på individ- och samhällsnivå, sammansatta riskfaktorer hos arbetslösa sjukskrivna, den psykosociala arbetsmiljöns betydelse och olika förklaringsfaktorer bakom sjukskrivningar för psykiska besvär.

CHRISTINA LINDHOLM, beteendevetare med magisterexamen i folkhälsovetenskap och doktorsexamen i socialmedicin, är utredare på Avdelningen för folkhälsovetenskap, Statens folkhälsoinstitut. Hon arbetar främst med studier av samband mellan social- och ekonomisk trygghet och hälsa och är även knuten till Institutionen för folkhälsovetenskap på Karolinska institutet

där hon bland annat ingår i TUFs-projektet (Triggers/utlösande faktorer för sjukfrånvaro).

INGVAR LUNDBERG är läkare med specialistkompetens i yrkes- och miljömedicin och professor i arbetsmedicinsk epidemiologi vid Arbetslivsinstitutet. Han forskar kring psykisk ohälsa som en konsekvens av och som en orsak till olika arbetsvillkor och arbetsmarknadsförhållanden. Han studerar också orsaker till social ojämlikhet i hälsa, dels i form av arbetsförhållanden, dels som en konsekvens av förhållanden i tidigare livsfaser.

STAFFAN MARKLUND är professor i arbetshälsovetenskap och chef för analysenheten vid Arbetslivsinstitutet. Han har framför allt bedrivit forskning kring socialförsäkring, sjukfrånvaro, förtidspension och yrkesrehabilitering. Han leder forskningsprogrammet "Organisationsförändringar och arbetsrelaterad ohälsa" där man i en rad olika projekt försöker koppla samman organisationsförhållanden och organisationsförändringar med hälsa och sjukfrånvaro. Staffan Marklund är också redaktör för Arbetslivsinstitutets skriftserie "Arbete och Hälsa".

KERSTIN NILSSON, legitimerad sjuksköterska och filosofie doktor i vårdpedagogik; är lektor vid Högskolan i Skövde, Institutionen för vård och natur. Hennes forskning fokuserar ledarskapets konstruktion inom hälso- och sjukvården och dess betydelse för såväl medarbetare som patienternas vård.

THOR NORSTRÖM är professor i sociologi vid Institutet för social forskning vid Stockholms universitet. Hans forskning handlar främst om kopplingen mellan alkoholkonsumtion och olika former av alkoholrelaterade skador på befolkningsnivå. Han har även utvärderat effekten av olika alkohopolitiska förändringar, till exempel lördagsöppet på Systembolaget.

GABRIEL OXENSTIERNA, doktor i socialt arbete, har i flera år arbetat som forskare vid Institutet för Psykosocial Medicin. Han har framför allt studerat hälsokonsekvenserna av de stora förändringarna i arbetslivet under 1990-talet. Hans aktuella forskningsprojekt heter "Demokrati och hälsa".

EDWARD PALMER, professor, är chef för Försäkringskassans Enhet för forskning och utveckling samt professor i socialförsäkringsekonomi på Nationalekonomiska institutionen vid Uppsala universitet.

INGA-LILL PETTERSON, legitimerad psykolog, medicine doktor, enhetschef för Arbetshälsoenheten, Arbets- och miljömedicin, Centrum för Folkhälsa, Stockholms läns landsting. Arbetar med forskning och utveckling inom området psykosocial arbetsmiljö, stress och hälsa, särskilt inom vård och omsorg.

ANDERS ROMELSJÖ är professor i alkohol- och drogforskning vid SORAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Stockholms universitet, läkare samt affilerad professor vid Karolinska institutet. Hans forskning har tidigare främst varit inom alkohol- och drogepidemiologi samt prevention, men avser nu främst behandlingsforskning inom både alkohol- och narkotikaområdet. Han har även utfört vetenskapliga studier om samband mellan alkoholvanor och alkoholmissbruk samt sjukfrånvaro och förtidspension.

JOAKIM SÖDERBERG är nationalekonom verksam på utvärderingsavdelningen vid Försäkringskassans huvudkontor samt doktorand vid Karolinska institutet. Joakim Söderberg har framför allt studerat frågor kring sjukfrånvaro och förtidspension.

TÖRES THEORELL är professor vid Karolinska institutet och chef för Institutet för Psykosocial Medicin. Han är läkare och har tidigare arbetat inom internmedicin och som distriktsläkare. Han har publicerat ett stort antal artiklar och rapporter, bland annat *Healthy Work* (tillsammans med Robert Karasek 1990) samt *Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan?* (2003).

HUGO WESTERLUND doktorerade 2005 med avhandlingen *Health Changes in a Changing Labour Market*. Hugo Westerlund arbetar som forskare vid Institutet för Psykosocial Medicin. Hans aktuella forskningsprojekt handlar om personalexpansion och organisatorisk instabilitet som arbetsmiljörisk.

MARIA WIDMARK är magister i folkhälsovetenskap och knuten till Institutet för Psykosocial Medicin och Örebro universitet, institutionen för socialt arbete. Maria Widmark arbetar för närvarande med projektet "Organisationsegenskaper och hälsa i arbetslivet? En interventionsstudie".